

بسم الله الرحمن الرحيم

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م

ULTRASOUND PHOTO	FILE NO:	039663
	REG NO:	
	DATE:	26-9-24
	NAME:	Eyam Mukhtar Mohammed
	L.M.P:	14-6-24
	GRAVIDA: IV PRIMI: II PARA: II	
OBSTETRIC REPORT	FETAL DESCRIPTION	
REFERRED BY:		
OBSTETRIC HISTORY & CLINIC DETAILS:	NO.OF FETUSES:	Single
	POSITION:	—
	PLLOCATION:	Anterior
DATE:	26 SEP 2024	PLACENTAL GRADE: I
COMMENTS: - Normal fetal anatomy. - for anomaly scan at 20 wK.	AFB:	4-4cm AFI:
	FHB-FM:	tve SEEN: ✓
	MEASUREMENT	
	BIPARIETAL DIAMETER(BPD): 29 mm	
	HEAD CIRCUMFERENCE(H/C):	
	ABD, CIRCUMFERENCE(A/C): 94.3 mm	
	FEMUR LENGTH(F/L): 15-7 mm	
	TL:	HL:
	EDD: 19-03-25	
	EST.FETAL WEIGHT: 1119 ± 17 g	
DOCTOR SIGNATURE AND STAMP:		
 د. عبدالمطلب محمد امام Dr. Abdel Mutalab Mohamed Imam تخصص (نساء وولادة) Specialty (Obstetrics & Gynecology) ترخيص رقم (TP131934) License No. (TP131934)		

**Obstetrics Report**

Page 1/2

DR LEILA HAMED**Patient / Exam Information**Date of Exam: **26.09.2024**

Patient ID	039663	Height	Gravida	5
Name	M0HAMMED, ERAM MUKHTAR	Weight	Para	2
DOB, Age	31	BMI	AB	
Sex	Female	Systolic BP	Ectopic	2
		Diastolic BP	Fetus	1
		MAP		

LMP 14.06.2024 DOC

EDD(LMP) 21.03.2025 GA(LMP) 14w6d

GA(AUA) 15w1d

EDD(AUA) 19.03.2025

Perf. Phys. DR. ABDEL
Mutalab Imam

Ref. Phys.

Sonographer

Comment

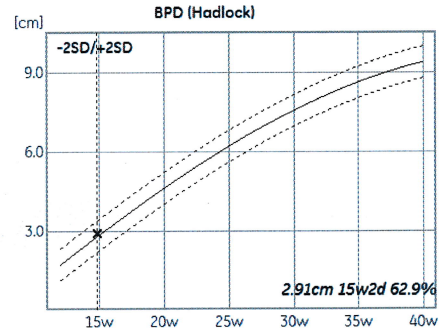
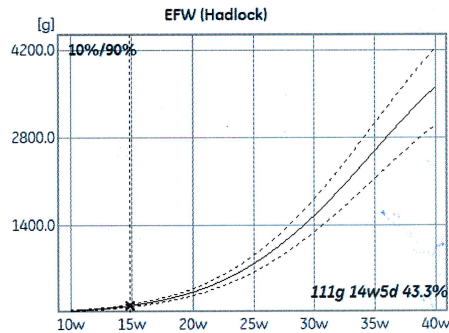
Indication

EFW (Hadlock)	Value	Range	Age	Range	GP (Hadlock)
AC/FL	111g	± 17g	14w5d		43.3%

2D Measurements	AUA	Value	m1	m2	m3	Meth.	GP	GA
BPD (Hadlock)	☒	2.91 cm	2.91			avg.	62.9%	15w2d
AC (Hadlock)	☒	9.43 cm	9.43			avg.	77.5%	15w4d
FL (Hadlock)	☒	1.57 cm	1.57			avg.	35.3%	14w4d

Graph

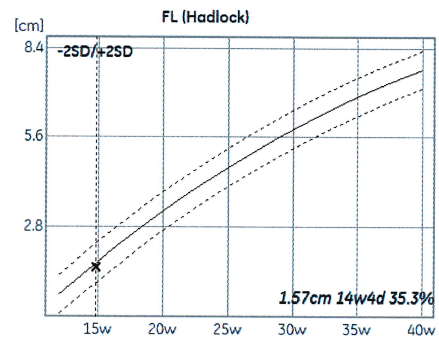
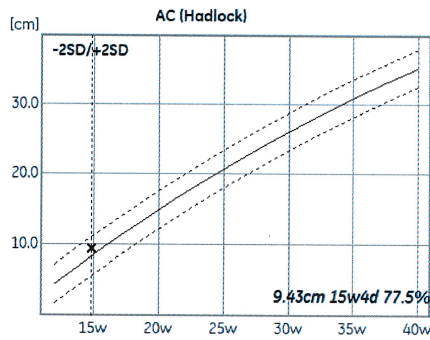
GA Reference: GA(LMP)



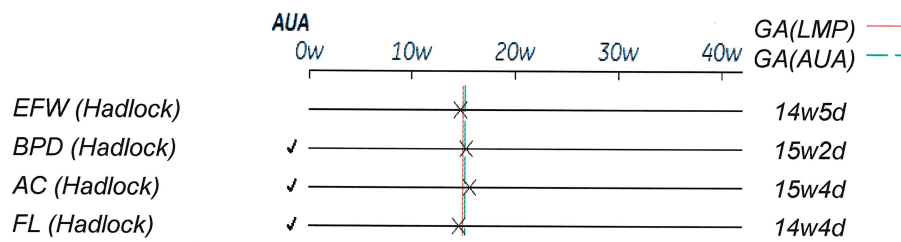
Name: **MOHAMMED, ERAM MUKHTAR** Patient ID: **039663**

Graph

GA Reference: GA(LMP)



Bar Graph



Comment

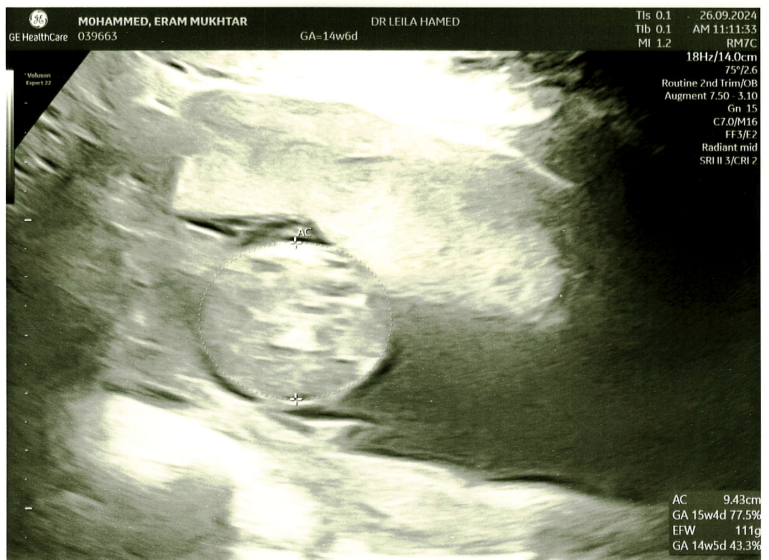
SINGLE, VIABLE FETUS
CONSISTANT WITH HER DATE
ANTERIOR PLACENTA
AVERAGE LIPOUR
NORMAL FETAL ANOTOMY
PLAN :
FOR ANOMLY SCAN AT 20 WEEKS

Dr. Abdel Mutalab Mohamed Imam
License No. (TP131) 334/193

Date: **26.09.2024**

Perf. Physician: **DR. ABDEL**
Mutalab Imam

Sonographer:





QLM Life & Medical Insurance Company Q.P.S.C.
Pre-Approval Confirmation Receipt

Pre-Approval Code	: 24090699458-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 26/09/2024 10:53	Approval Date	: 26/09/2024 10:53
Insured Name	: Eram Mukhtar Mohamed		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: QatarEnergy LNG	Medical Record No	:
Policy No	: P2209000002-R2	Member Id	: MEM22049845
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 26/09/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Pregnancy	LMP Date	: 6/14/24 12:00 AM
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Supervision of normal pregnancy, unspecified	Present Illness Dur.	: 4 MONTHS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR ABDEL MUTALAB
Benefit	: Maternity	Sub Benefit	: Maternity
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	:
Co-ins	:	Ded	: NIL
Approved By	:	Age / Gender	: 31 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: G 5 + PARA 2 + 0		
About Present Illness	: 14 WEEKS PREGNANT CAME FOR ROUTINE ANC		
Request. Line Of Mgmt.	:		
Approval Remarks	:		

Treat/Drug Code	Treatment/Drug Desc (Reject/Approval Remarks) (Tooth Number)	Quantity	Est.Amt	Appr.Amt	Additional Copay	Status
I11	Obstetric Consultation (Specialist)()	1	110.00	110.00	NA	Registered
US002	Obstetric Ultrasound (Singleton)()	1	250.00	250.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 360.00

Total Approved Amount : 360.00

Print Date : 26/09/2024 10:53

Note : This is a system generated receipt, signature is not required

Pre-Approval Validity is 21 Days from approval date or until Policy expiry Date whichever comes first.
Prices are approved subject to the agreed price list, contract terms, policy conditions and exclusions.

Claim has to be submitted within 60 days from the date of service.

N.B. Approved Investigations listed above subjected to abnormality of preliminary investigation results
Services rendered are subject to policy terms and conditions.



Date 26 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

Marital Status ☐ Single / أعزب ☒ Married / متزوج ☐ Divorced / مطلق ☐ Widowed / أرمل

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality الجنسية

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان:

How did you hear about our Center

من أين سمعت عن مركزنا؟

☒ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☐ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ?

كيف تفضل أن نناديك ؟

☒ By Name / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

☒ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039663

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29373603088 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 16/09/1993 تاريخ الميلاد:
Expiry: 11/03/2027 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: ارم مختار محمد سرالختم

Name: ERAM MUKHTAR MOHAMED SIRELKHTIM

Passport Number:

P07985845

Passport Expiry:

16/06/2026

Serial No:

30129373603088

Residency Type:

عائلية

Employer:

مجاهد غازي عباس محمد احمد

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:

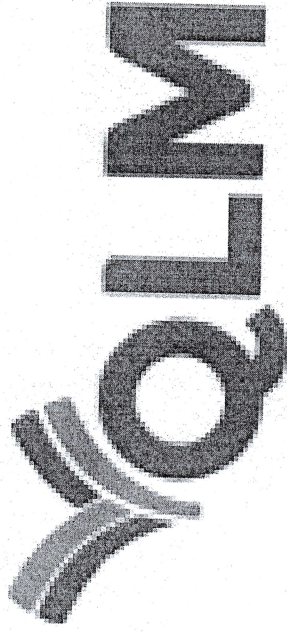
تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم المسلسل:

نوع الرخصة:

المستقدم:





شركة التأمين الطبي
QALM Life & Medical Insurance Company LLC

QatarEnergy LNG

Policy No : P2209000002-R2
Eff. Date : 01/01/2024
Name : Eram Mukhtar Mohamed
Civil Id : 29373603088 21085-1
Mem No : MEM22049845



قطر للطاقة
QatarEnergy
LNG

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، عالم مختار محمد، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: م. م. م.
رقم الملف: 039663
رقم الجوال: 33888575
التاريخ: 26.09.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

[Signature]
التوقيع:

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦ - جوال: ٥٥٨٦٨٥٢٣ / ٥٥٣٤١٤٧٤ شارع السلام - معيندر الشمالي فيلا رقم ٨٠ / ٨٢
Tel.: 44817652 - Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474 - Al Salam Street - Muaitheer North Villa No. 80 / 82
E-mail: dr.leilamedcenter@gmail.com

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: التاريخ:

Patient's name: Eram Mukhtar Mohammed: اسم المريض:

File No.: 039663: رقم الملف:

Age: 31 yrs: العمر: ANC

Rx

omprazole 20mg

حبّة قبل الأكل ١/٤ ساعة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523