



File No.: 039134

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039134
Name: SALMA MOHAMMED ABDOUL
QID No: 31273600558 Sex: Female
Mob: 55616199 ADDRESS: ALMATTAR

Age: 12 yr.

Marital Status: Child

and's Name:

le Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

her mother observed local itching of vulva & genitalia + when her mother looked at her noticed swollen labia majora given Rx

Medical History: Non P.H. Non F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: not yet L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms: Menopause:

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 43.8 Kg BMI Kg/m² Bp! Hg

Shy, normal g look

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen: N/A

Breasts: G II Tanner

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. labia minora small, clitoris normal

Bimanual Exam. clitoral hood large folds labia majora

Rectal Exam. normal, genital hair coarse

Investigation Requested:

Diagnosis: Vulvitis Menstrual

Reassured.

Plan of Management:

Next Appointment:

[illegible]

PRE-APPROVAL / DIRECT BILLING CLAIM FORM

Provider Name : DR LEILA HAMID MEDICAL
CENTER
Provider License No. : 1122
Contact No. : 044817651

Provider Location : Muaither 53
FAX No. :

Patient Name : SALMA MOHAMED ABDALLA ELSIR ELAMIN

Al Koot ID No.: 11017239021

Qatar ID : 11111111111

Date of Birth : 15-09-2012

Gender : ☐ Mal ☒ Female

Policy Holder Name : AK/HC/00135/2/2

Company Name : KATARA HOSPITALITY

Name of the Treating Doctor : DR. LEILA

License No. : P832

Benefit Type : ☒ OP ☐ IP ☐ Day Care ☐ Maternity ☐ Dental ☐ Optical

Date of Admission/Treatment : 15 JUL 2024

Date of Discharge (for IP):

Details of Presenting Complaints (also provide any relevant past history with duration):

chronic menstrual disch

Diagnosis:

Vulva Vaginitis menstrual

Treatment Type : ☐ Emergency ☐ Elective Date of First Consultation :

Nature of Conception : ☐ Natural ☐ Assisted Date of LMP: child

Treatment Details (please provide internal codes also):

Total Requested Amount (QAR):

Diflucan Caps 150mg 1x1 weekly for 2 wks
(2 boxes)

Declaration:

I hereby authorize any Medical providers to give access and provide AlKoot Insurance or any of AlKoot affiliates with all my or my family health records including copies with no exception regardless of the previous Payer/insurer. I agree that a copy of this consent shall have the validity of original.

55616199

Patient's Signature with Date :

ام سلس 15

We hereby declare that the information furnished in this PreApproval request form is true & correct to the best of our knowledge. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim shall be forfeited.

Treating Doctor Signature with Stamp : DR. LEILA



د. ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
Consultant OB GYN

Signature of Dr. Leila Hamid

Al Koot Insurance & Reinsurance Company (Licensed by the Qatar Central Bank) P.O.Box 24563, Doha-Qatar.

For any further clarifications or complaints procedure guide, please use the below contact details

Call: (+974) 800 2000; Email: customercare@alkoot-medical.com; Website: www.alkoot.com.qa

ONLY MEDICINE

Date 1 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Salma mohamed الاسم الكامل

Date of Birth 15/9/2012 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 31273600558 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55616199 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55616199 رقم الجوال

Emergency Contact Person mohammed أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 50644555 رقم هاتف

Address: Building No. 15 Zone No. 54 Street No. 725 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 ☒ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature 21 التوقيع

File Number 039134



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

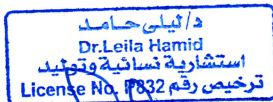
Salma Mohamed

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 1/7, 2024

ملف رقم: 039134

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28773600992 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 15/07/1987 تاريخ الميلاد:
Expiry: 02/04/2026 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: افراح عبدالباسط وديع الامين

Name: AFRAH ALAMIN

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31273600558 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 15/09/2012 تاريخ الميلاد:
Expiry: 15/09/2026 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: طالبة المهنة:



الاسم: سلمى محمد عبدالله السر الامين

Name: SALMA MOHAMED ABDALLA ELSIR ELAMIN

Passport Number: P07679379 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 23/02/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30628773600992 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: محمد عبدالله السر محمد الامين المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General Directorate of Passports
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Passport Number: P07631260 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 23/02/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30531273600558 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: محمد عبدالله السر محمد الامين المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General Directorate of Passports
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



افراح سلمى



الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، سلمى محمد عبدالله، 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 المريض: Salma mohamed
رقم الملف: 039134
رقم الجوال: 55616199
التاريخ: 01-07-24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: [Signature]
اسم سلمى

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: [Signature]