



File No.: 039722

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039
Name: SARA HAMAD MUSAD
QID No: 31863400295 Sex: Female
Mob: 66587755 ADDRESS: UM SALAL

Age: 6/2 y/o
Marital Status: CHIL
Name: _____
Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

yellowish vaginal discharge, NARCI
by her mother on her clothes. Burning
& difficulty in micturition.

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

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P
Menstrual Habits: /
Menstrual Symptoms: Menopause: /
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 48 cm Wt. 25 Kg BMI Kg/m² Bp mm Hg
Scared - Afebrile

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. inspection only in presence of her mother - Scattered

Bimanual Exam. infected follicles over the

Rectal Exam. thigh & mons pubis. No abscess

Investigation Requested: Vaginal discharge.

Diagnosis: sort of Folliculitis (regional)

Plan of Management: Pt advised to see Pediatrician first then possible shared care & Pediatric urology & Dermatology

Next Appointment:

Pre-Approval Code	: 24090702445-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 26/09/2024 21:08	Approval Date	: 26/09/2024 21:08
Insured Name	: SARA HAMAD HAMAD QADAR		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM21214925
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 26/09/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Folliculitis decalvans	Present Illness Dur.	: 2 DAYS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR SALWA ELGALY MUSA
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 6 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: NORMAL		
About Present Illness	: C/O MOTHER NOTICED YELLOWISH DISCHARGE ON HER UNDER WEAR		
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
II1	Gynaecology Consultation()	1	110.00	110.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 110.00

Total Approved Amount : 110.00

Print Date : 28/09/2024 14:37

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 26/9/24

New Patient Registration Form

Full Name بار محمد عبد خدار الإسم الكامل

Date of Birth 11/1/2018 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 31863400295 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66587755 رقم الجوال

Emergency Contact Person أم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 5586610 رقم هاتف

Address: Building No. 5 Zone No. 71 Street No. 81 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 التوقيع

File Number 039722

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

اسم المريض / المريضة: م. م. م.

التاريخ: 26/9/2024

ملف رقم: 039722

التوقيع: استاذ





شركة إل إم لتأمينات الحياة والتأمين الصحي
QLM Life & Medical Insurance Company

QatarEnergy Health Insurance

Policy No : P2109000180
Eff. Date : 01/01/2022
Name : SARA HAMAD HAMAD QADAR
Civil Id : 31863400295 Emp ID : DOH 2013
Mem No : MEM21214925 QP KEY : 000201350



State of Qatar ID. Card



دولة قطر بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27763401554 الرقم

D.O.B. 31/12/1977 تاريخ الميلاد

Nationality: QATAR / قطري الجنسية

Date of expiry: 17/06/2030 الصلاحية



الإسم: حمد مسعد سعيد سعاد

Name: HAMAD MISAAD S S QADAR

State of Qatar ID. Card



دولة قطر بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31863400295 الرقم

D.O.B. 11/01/2018 تاريخ الميلاد

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية

Date of expiry: 14/06/2028 الصلاحية



الإسم: سارة حمد مسعد سعيد قدار

Name: SARA HAMAD M S QADAR

Toll Free 8000880, Outside Qatar: +97444533666, email: qlm_medical@qlm.com.qa

International Providers:

Country / Region	Global Partner	Contact details
UK / ww	healix ¹	Tel: + 44 208 763 3174
USA	UnitedHealth Group ²	Tel: +1 844 265 8326
EUROPE	PREMIER HEALTHCARE ³	Tel: + 49 40 537 976665
EUROPE	MEDIGO ⁴	Tel: + 49 32 211 001674
MENA	NEXICARE ⁵	Tel: + 974 4434 1057
LEBANON	Swan ⁶	Tel: + 961 3 770 533
INDIA	Paramount Health ⁷	Tel: + 91 22 4000 4216/ 228/ 234

منطقة 53 - شارع 638 - مبنى 24

العنوان:

Serial No: 113213055E7CA127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



منطقة 71 - شارع 611 - مبنى 5

العنوان:

Serial No: 113213055E7CA127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، EL، 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: EL
رقم الملف: 6658 7755
رقم الجوال: 6658 7755
التاريخ: 26-9-2024
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

0397722

التوقيع: استم

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: _____