

Formulaire d'autorisation de paiement pour le test prénatal non invasif

Une fois rempli, signé et télécopié, les formulaires d'autorisation de paiement et de réquisition du laboratoire sont insérés dans la trousse de prélèvement de Panorama puisque les documents pertinents doivent accompagner l'échantillon sanguin. On remet la trousse à la patiente avec instruction de prendre rendez-vous pour le prélèvement sanguin.

VEUILLEZ UTILISER LE CARACTÈRE D'IMPRIMERIE

Renseignements sur la patiente		
Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone	
Courriel	Numéro de télécopieur () -	
Adresse		
Adresse		
Ville	Province	Code postal

<input type="checkbox"/> Test prénatal Panorama® (Test de dépistage pour les chromosomes 21, 18, 13, X, Y et triploïdie)	550\$
<input type="checkbox"/> Test prénatal Panorama® + syndrome de délétion 22q11.2 (Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y, triploïdie, et délétion 22q11.2)	745\$
<input type="checkbox"/> Test prénatal Panorama® + panel étendu de microdélétions [5] (Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y, triploïdie, et délétion 22q11.2, les syndromes Cri du Chat, de délétion 1p36, d'Angelman, et de Prader-Willi)	795\$
NOTE : Cette fixation de prix entre en vigueur le 27 mai 2015 et comprend les frais d'expédition et de prélèvement.	

PAIEMENT (Pour utilisation par la patiente seulement)												
<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa											
Numéro de carte de crédit	DATE	D'EXP	Code de sécurité									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"> </td> <td style="width: 33%;"> </td> <td style="width: 33%;"> </td> </tr> </table>				_____ \$CDN
_____	_____	_____										
TITULAIRE DE LA CARTE DE CRÉDIT	INITIALE	SIGNATURE										

Pour plus d'information : Tél. : 1-844-363-4357 Télécopieur : 1-647-943-2804 Ask.Genetics@LifeLabs.com

www.lifelabsgenetics.com