LifeLabs GENETICS®

Certified Lab

natera™ | Panorama™ Next-generation NIPT

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)	**Courriel**	**Numéro de téléphone**	
	Adresse	**Numéro de télécopieur**	
Ville		**Province**	**Code postal**

Please select only one of the following options	Private pay
☐ **Test Prénatal Panorama™** (Test de dépistage pour les chromosomes 21, 18, 13, X, Y et triploïdie)	**550$**
☐ **Test Prénatal Panorama™ + syndrome de délétion 22q11.2** (Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y, triploïdie, et délétion 22q11.2)	**745$**
☐ **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)

☐ MasterCard ☐ VISA

NUMÉRO DE CARTE DE CRÉDIT ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ DATE D'EXP ☐☐/☐☐ CODE DE SÉCURITÉ ☐☐☐

_____$CDN

TITULAIRE DE LA CARTE DE CRÉDIT _____ INITIALE ____ SIGNATURE _____

☐ **S.V.P. envoyer un reçu par courriel à l'adresse courriel indiquée à la section Renseignementss sut la patiente**

☐ **S.V.P. poster moi une copie du reçu à l'adresse ci-haut mentionnée (3-4 semaines de livraison)**

Pour plus d'information :

1-844-363-4357 | Ask.Genetics@LifeLabs.com | www.lifelabsgenetics.com