



PRESTADOR AUTORIZADO

Nombre Prestador: 5091169 - AUDICENTER S.R.L. - SAP: 15186
Domicilio Prestador: PARANA 457 1 a - CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL

SE AUTORIZA AL AFILIADO, CUYOS DATOS SE TRANSCRIBEN, SOLICITAR LA ATENCIÓN QUE SE INDICA

438001 - EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL (X1) /- - - - -

DIAGNÓSTICO PRESCRIPTO

OTRAS HIPOACUSIAS

DATOS DEL AFILIADO

Nro. Beneficio: 135549062505 - 00 Documento de identidad: DNI - 10403676
Apellido y Nombre: MARTINEZ MARIA DEL ROSARIO Teléfono de Contacto: 011-1550194602
Domicilio: RUY DIAZ DE GUZMAN 195 000 Localidad: CAPITAL FEDERAL

DATOS DE EMISIÓN

Motivo Emisión - Información Adicional: PROGRAMA DE ATENCION DE PERSONA HIPOACUSICA -
Observaciones Adicionales: _____

Fecha de Aprobación: 09/02/2026

Usuario: U60976 - PURITA HERNAN MATIAS

Dependencia: 06 - CAPITAL FEDERAL - PRESTACIONES MEDICAS

FIRMA DEL AFILIADO/ RESPONSABLE



PRESTADOR AUTORIZADO

Nombre Prestador: 5091169 - AUDICENTER S.R.L. - SAP: 15186
Domicilio Prestador: PARANA 457 1 a - CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL

SE AUTORIZA AL AFILIADO, CUYOS DATOS SE TRANSCRIBEN, SOLICITAR LA ATENCIÓN QUE SE INDICA

438001 - EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL (X1) /- - - - -

DIAGNÓSTICO PRESCRIPTO

OTRAS HIPOACUSIAS

DATOS DEL AFILIADO

Nro. Beneficio: 135549062505 - 00 Documento de identidad: DNI - 10403676
Apellido y Nombre: MARTINEZ MARIA DEL ROSARIO Teléfono de Contacto: 011-1550194602
Domicilio: RUY DIAZ DE GUZMAN 195 000 Localidad: CAPITAL FEDERAL

DATOS DE EMISIÓN

Motivo Emisión - Información Adicional: PROGRAMA DE ATENCION DE PERSONA HIPOACUSICA -
Observaciones Adicionales: _____

Fecha de Aprobación: 09/02/2026

Usuario: U60976 - PURITA HERNAN MATIAS

Dependencia: 06 - CAPITAL FEDERAL - PRESTACIONES MEDICAS

FIRMA DEL AFILIADO/ RESPONSABLE



PRESTADOR AUTORIZADO

Nombre Prestador: 5091169 - AUDICENTER S.R.L. - SAP: 15186

Domicilio Prestador: PARANA 457 1a - CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL

SE AUTORIZA AL AFILIADO, CUYOS DATOS SE TRANSCRIBEN, SOLICITAR LA ATENCIÓN QUE SE INDICA

438001 - EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL (X1) /- - - - -

DIAGNÓSTICO PRESCRIPTO

OTRAS HIPOACUSIAS

DATOS DEL AFILIADO

Nro. Beneficio: 135549062505 - 00 Documento de identidad: DNI - 10403676

Apellido y Nombre: MARTINEZ MARIA DEL ROSARIO Teléfono de Contacto: 011-1550194602

Domicilio: RUY DIAZ DE GUZMAN 195 000 Localidad: CAPITAL FEDERAL

DATOS DE EMISIÓN

Motivo Emisión - Información Adicional: PROGRAMA DE ATENCION DE PERSONA HIPOACUSICA -

Observaciones Adicionales: _____

Fecha de Aprobación: 09/02/2026

Usuario: U60976 - PURITA HERNAN MATIAS

Dependencia: 06 - CAPITAL FEDERAL - PRESTACIONES MEDICAS

FIRMA DEL AFILIADO/ RESPONSABLE

Copia para el instituto