



**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: 155943069800 - 00 Documento de identidad: DNI - 10892234  
Apellido y Nombre: MAZA CELINA Teléfono de Contacto: 011-1524058431  
Domicilio: JOSE ROMERO 2381 Localidad: LIBERTAD

**DATOS DE EMISIÓN**

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

Fecha de Aprobación: 05/02/2026

Usuario: U56777 - PALLADINO SILVIA MARIANA

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: 155943069800 - 00 Documento de identidad: DNI - 10892234  
Apellido y Nombre: MAZA CELINA Teléfono de Contacto: 011-1524058431  
Domicilio: JOSE ROMERO 2381 Localidad: LIBERTAD

**DATOS DE EMISIÓN**

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

Fecha de Aprobación: 05/02/2026

Usuario: U56777 - PALLADINO SILVIA MARIANA

Dependencia: 06 - CAPITAL FEDERAL - PRESTACIONES MEDICAS

**FIRMA DEL AFILIADO/ RESPONSABLE**

Copia para el prestador autorizado - Valido para Facturar

Copia para el prestador autorizado - NO Valido para Facturar



**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: 155943069800 - 00 Documento de identidad: DNI - 10892234

Apellido y Nombre: MAZA CELINA Teléfono de Contacto: 011-1524058431

Domicilio: JOSE ROMERO 2381 Localidad: LIBERTAD

**DATOS DE EMISIÓN**

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

Observaciones Adicionales: \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación: 05/02/2026

Usuario: U56777 - PALLADINO SILVIA MARIANA

Dependencia: 06 - CAPITAL FEDERAL - PRESTACIONES MEDICAS

**FIRMA DEL AFILIADO/ RESPONSABLE**

Copia para el instituto