



**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: 150353813207 - 00 Documento de identidad: DNI - 4175451  
Apellido y Nombre: SOSA ALBERTO FLORENCIO Teléfono de Contacto: 011-1560450790  
Domicilio: LISBOA 2324 Localidad: ISIDRO CASANOVA

**DATOS DE EMISIÓN**

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

Fecha de Aprobación: 05/02/2026

Usuario: U39426778 - SERRANO MARÍA FLORENCIA

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: 150353813207 - 00 Documento de identidad: DNI - 4175451  
Apellido y Nombre: SOSA ALBERTO FLORENCIO Teléfono de Contacto: 011-1560450790  
Domicilio: LISBOA 2324 Localidad: ISIDRO CASANOVA

**DATOS DE EMISIÓN**

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

Fecha de Aprobación: 05/02/2026

Usuario: U39426778 - SERRANO MARÍA FLORENCIA

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: 150353813207 - 00 Documento de identidad: DNI - 4175451

Apellido y Nombre: SOSA ALBERTO FLORENCIO Teléfono de Contacto: 011-1560450790

Domicilio: LISBOA 2324 Localidad: ISIDRO CASANOVA

**DATOS DE EMISIÓN**

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

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

Fecha de Aprobación: 05/02/2026

Usuario: U39426778 - SERRANO MARÍA FLORENCIA

Dependencia: 06 - CAPITAL FEDERAL - PRESTACIONES MEDICAS

**FIRMA DEL AFILIADO/ RESPONSABLE**