



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: 155805397107 - 00 Documento de identidad: DNI - 4544230
Apellido y Nombre: TORRENTE HAYDEE ANTONIA Teléfono de Contacto: 3487-554675
Domicilio: MEXICO 1320 3º D Localidad: CAPITAL FEDERAL

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: 155805397107 - 00 Documento de identidad: DNI - 4544230
Apellido y Nombre: TORRENTE HAYDEE ANTONIA Teléfono de Contacto: 3487-554675
Domicilio: MEXICO 1320 3º D Localidad: CAPITAL FEDERAL

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

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: 155805397107 - 00 Documento de identidad: DNI - 4544230

Apellido y Nombre: TORRENTE HAYDEE ANTONIA Teléfono de Contacto: 3487-554675

Domicilio: MEXICO 1320 3º D Localidad: CAPITAL FEDERAL

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