**Atención al Cliente**

1-877-837-4968

Fax: (520) 545-1401

Correo electrónico:
MedAlert@uesaz.com

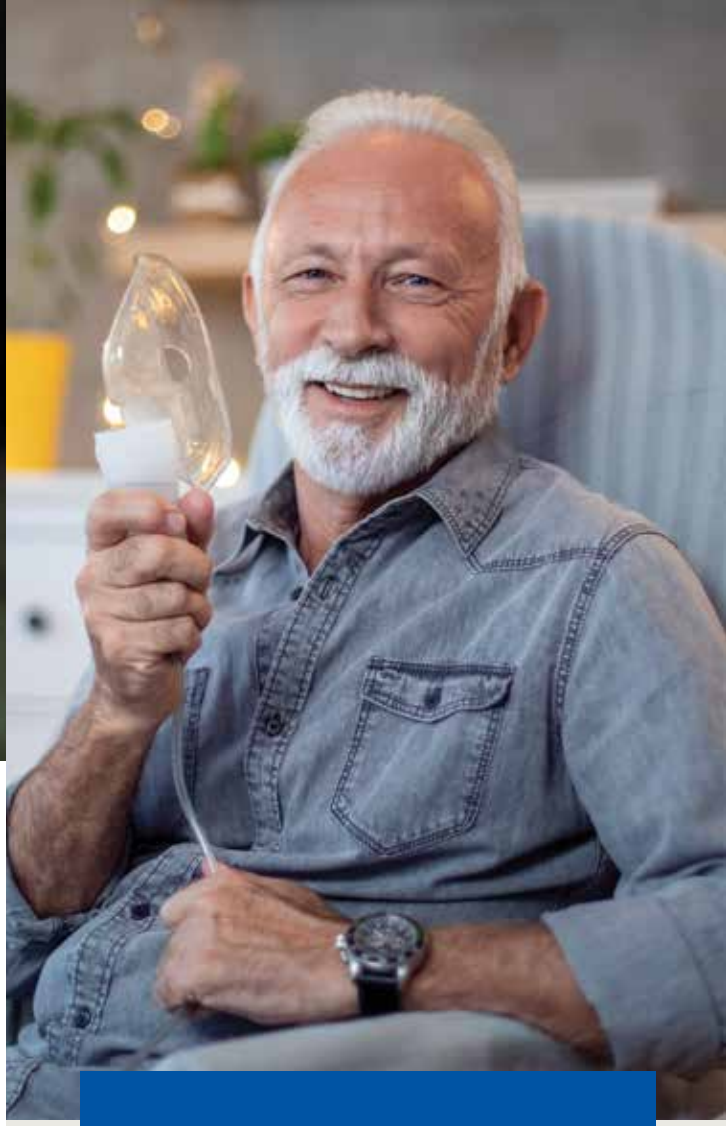
Lunes a viernes

7 a.m. to 6 p.m.

**uesaz.com**


UniSourceEnergy SERVICES

REV 3/25



# ALERTA DE DISPOSITIVO MÉDICO

UniSourceEnergy SERVICES

## Lo mantenemos informado

Si usted o alguien en su hogar utiliza un dispositivo médico de soporte vital o tiene una afección médica que requiere un servicio continuo de gas natural
o electricidad, los apagones pueden provocar una preocupación real en usted y su familia.

Nuestro programa de Alerta de dispositivo médico (Medical Device Alert) lo ayuda a mantenerse informado sobre las interrupciones en el servicio y el tiempo estimado de restablecimiento. También le notificaremos con anticipación sobre cualquier corte eléctrico planificado que afecte su residencia.

## Cómo funciona

Cuando mande una certificación completada por un proveedor de atención médica autorizado, UniSource Energy Services (UniSource) colocará una alerta en su cuenta indicando que alguien en su hogar utiliza un dispositivo médico de soporte vital o tiene una afección médica que requiere un servicio continuo de gas natural

o electricidad. Esto nos ayudará a identificar su dirección de servicio para comunicarle de manera proactiva cualquier información sobre apagones para mantenerlo actualizado. Para colocar una alerta en su cuenta, debe completar el Formulario de Autorización del Cliente y debe solicitarle a su proveedor de atención médica autorizado que complete el Formulario de Certificación de Profesional Médico autorizado. **Adjunte el formulario al membrete del proveedor o a una receta médica y envíelo por correo a:**

**UniSource Energy Services**
**A la atención de: Medical Device Alert Program**
PO Box 711 CEC 200 Medical
Tucson, AZ 85702

**Tenga en cuenta que el programa de Alerta de dispositivo médico no es un programa de bajos ingresos o de descuento y no garantiza un servicio ininterrumpido. Los clientes deben mantener al día su cuenta pagando sus facturas mensuales.**

Detach for mailing

## Formulario de autorización del cliente

Autorizo a UniSource a comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información proporcionada aquí o para obtener información adicional relacionada con mi elegibilidad para que se coloque una alerta en mi cuenta. Entiendo además que si me mudo, debo presentar un nuevo Formulario de certificación de profesional médico autorizado que debe ser aprobado antes de que la alerta se coloque en la cuenta para mi nueva dirección.

Asimismo, autorizo a UniSource a proporcionar mi información de contacto y cuenta (que incluye información sobre el uso, la facturación y el saldo vencido) a las organizaciones que brindan asistencia a los clientes para el pago de sus facturas.

Al completar y enviar este formulario, proporciono voluntariamente la información personal necesaria para establecer la elegibilidad para este programa. UniSource utiliza esta información solo con el fin de administrar este programa. Para obtener más información sobre cómo UniSource recopila y utiliza la información de los clientes, consulte nuestra Política de privacidad en uesaz.com/privacy.

Firma del cliente_____

Fecha_____

N.° de cuenta de UniSource___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

## Información de contacto ante emergencias

Nombre_____

Relación_____

Número de teléfono_____

## Formulario de certificación de profesional médico autorizado

### Adjunte esta solicitud al formulario con membrete del consultorio o al formulario de receta.

**La documentación incompleta se devolverá directamente al cliente.**

Yo, _____,soy un profesional médico autorizado.

N.° de licencia_____

Fecha de vencimiento de la licencia_____

Certifico que el paciente mencionado a continuación está bajo mi atención actualmente.

Nombre del paciente_____

Dirección_____

Ciudad, estado, código postal_____

Número de teléfono_____

Certifico que el paciente mencionado en este formulario requiere el uso de un dispositivo médico de soporte vital o tiene una afección médica que requiere un servicio eléctrico o de gas continuo. El paciente y yo hemos analizado los planes de contingencia en caso de una interrupción en el servicio.

Firma del profesional médico autorizado_____

Fecha_____

Dirección_____

Ciudad, estado, código postal_____

Número de teléfono_____