



Atención al Cliente

1-877-837-4968

Fax: (520) 571-4010

Correo electrónico:
custaccountinfo@uesaz.com

Lunes a viernes
7 a.m. to 6 p.m.

uesaz.com

UniSourceEnergy
SERVICES

REV 3/23

**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.

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.º 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.º 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 _____

Detach for mailing