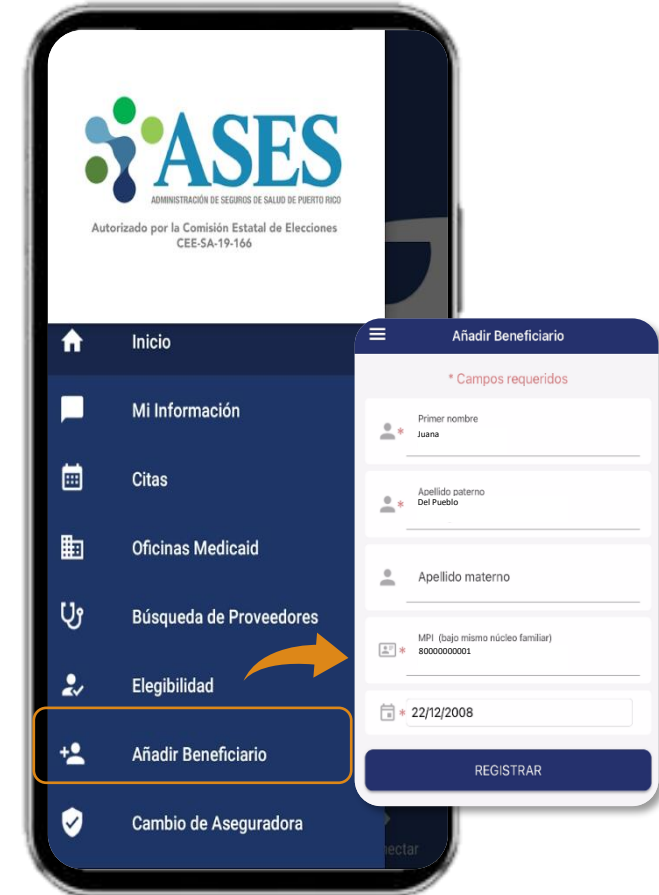




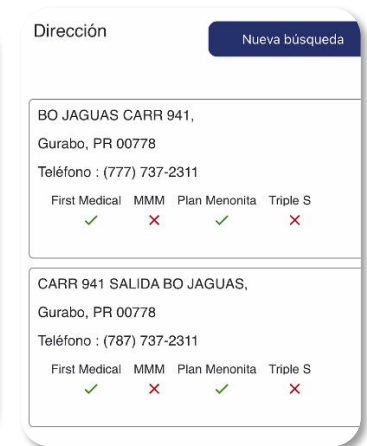
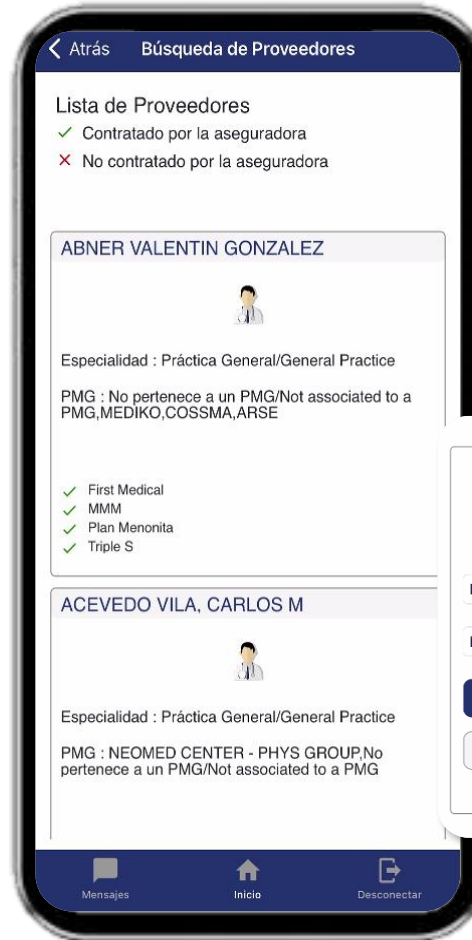
➔ **Selecciona Tarjeta Virtual para accederla**



➔ **Selecciona el menú de acordeón para añadir beneficiarios**



➔ **Añade los beneficiarios miembros\***



ASES Vital – Beneficiarios ahora pueden someter su Solicitud de Recertificación a través de la aplicación Móvil

De beneficiario tener carta enviada por Medicaid para recertificación, **ingresar** número de caso y fecha de la carta

Solicitud de Recertificación

Número de Caso

Fecha de la Carta

Nombre

JUAN DEL PUEBLO

Dirección

BO. CUCHILLAS

CONTINUAR

LIMPIAR CONTENIDO

Mensajes Inicio Desconectar

Solicitud de Recertificación

1. Dirección

Dirección Postal Actual

Línea 1

PO BOX 1506 Algo que agregar

Línea 2

xyz

Municipio

Estado

PR

Código postal

00687

CONTINUAR

Mensajes Inicio Desconectar

Solicitud de Recertificación

Dirección Física Actual

Línea 1

BO. CUCHILLAS 123

Línea 2

K 1.3 CARR 619 SEC OTERO

Municipio

Estado

PR

Código postal

00687

CONTINUAR

Mensajes Inicio Desconectar

Solicitud de Recertificación

Número de Telefono Actual:

(787) 000-0000

Correo Electrónico Actual:

Sesajuandelpueblo@gmail.com

CONTINUAR

LIMPIAR CONTENIDO

Mensajes Inicio Desconectar



Actualizar los datos

Verificar y Confirmar los miembros de familia



**Solicitud de Recertificación**

2. Miembros del núcleo familiar

Revise los nombres a continuación e indique "Sí" o "No" si todavía viven o no con usted.

Familiar 1  
DEL PUEBLO JUANA  SI  NO

Familiar 2  
DEL PUEBLO JUAN  SI  NO

Familiar 3  
DEL PUEBLO JOSE  SI  NO

**CONTINUAR**

Mensajes Inicio Desconectar

**Solicitud de Recertificación**

Enumere la información de cualquier persona nueva que se haya mudado a su casa.

Añadir más personas:

**CONTINUAR**

Mensajes Inicio Desconectar



Añadir nuevos miembros de la familia

**Solicitud de Recertificación**

**Nueva persona**

Nombre Legal: Primer Nombre

Nombre Legal: Segundo Nombre

Apellido Legal: Primer Apellido

Apellido Legal: Segundo Apellido

Fecha de nacimiento

**CONTINUAR**

Mensajes Inicio Desconectar



Seleccionar si  
tiene un plan  
médico Privado



**Nota:** Cada vez que se presionar Continuar, la solicitud queda grabada, de ser necesario podrá regresar a finalizar la solicitud en otro momento



Seleccionó si,  
ingresar la  
información del su  
plan médico  
privado



Completar la información de los recursos e ingreso de su núcleo familiar



Seleccione el tipo de evidencia a enviar, **ingrese** el número de páginas de las evidencias a enviar y presiona **Añadir**



Tome una foto o **seleccione** de su galería



Presione **Guardar** para enviar evidencias junto a la solicitud



Aceptar  
términos y  
condiciones



Firmar y Someter Su  
ampliación de  
recertificación de  
manera fácil, ágil y  
sencilla



Una vez la solicitud es sometida, podrá ver la solicitud, ir al menú principal y **seleccionar** Solicitud de Recertificación



Podrá **ver** la solicitud sometida



Podrá **enviar** más evidencias, de ser necesario

