

# Espace Professionnel de Santé Hospitalisation

[www.apgis.com](http://www.apgis.com)

Quelques explications...



# PROCEDURE DETAILLEE: INSCRIPTION D'UN TIERS



## 1. Accès à l'inscription

1. Cliquer sur 'En savoir plus dans le domaine 'Centre hospitalier'
2. Dans la zone 'Accéder à votre espace professionnel', cliquer
3. Validation de charte de confidentialité

1

3

2

## 2. Renseignement des coordonnées du tiers

1. Enregistrer toutes les informations. Les zones suffixées (\*) sont obligatoires. Le cas échéant un message d'alerte apparaît indiquant les zones incomplètes.
2. Une fois les informations enregistrées, la validation de l'inscription se fait en actionnant le bouton valider

1

Merci de renseigner vos coordonnées postales puis de valider.

Merci de renseigner la zone : Raison Sociale



N°FINESS*	930009188	Conventionné*	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom*	CLINIQUE CLIMALLIANCE		
Raison Sociale*	CLINALLIANCE PIERREFITTE		
Adresse postale*	32 AVENUE VICTOR HUGO		
Adresse 2			
Code postal*	93380		
Ville*	PIERREFITTE SUR SEINE		
Nom du contact*	Service des admissions		
N° téléphone*	0149571600		
N° fax	0149571600		
Adresse mail*	c.audiau@apgis.com		



Si le tiers est déjà inscrit, dès la saisie du n°Finess, un message s'affiche :  
**'Demande d inscriptions déjà enregistrée, vous recevrez vos codes d'accès par Mail'**

## PROCEDURE DETAILLEE: GESTION COMPTE DU TIERS



### 3. Accès à la modification du compte

Dès la connexion, la page d'accueil affiche les coordonnées du tiers. La modification des données postales ou modification du mot de passe s'effectue en actionnant le bouton '*Coordonnées établissement*' (fig.1). La page des coordonnées s'affiche, permettant la modification des zones (fig.2).. Une fois les modifications effectuées, la page se réinitialise sur les nouvelles coordonnées avec un message '*Mise à jour effectuée*'

1

espace-professionnel  
La prise en charge en temps réel

Pour garantir la confidentialité des informations affichées, nous vous conseillons de cliquer sur "Déconnexion" à la fin de votre consultation, et de fermer votre navigateur Internet.

Identifiant (Finess) 950000703 Mot de passe \*\*\*\*\* [déconnexion](#)

– Le N° Finess n'est pas modifiable  
– 8 caractères mot de passe

Bienvenue sur votre espace professionnel Centre Hospitalier

HOPITAL DU PARC

HOPITAL DU PARC  
B.P. 166  
95150 TAVERNY  
0149571616  
c.audiau@apgis.com

Si vos coordonnées ont changé, veuillez cliquer sur le lien «Coordonnées établissement».

[Coordonnées établissement](#) [Demande de prise en charge](#) [Rechercher une prise en charge](#)

2

HOPITAL DU PARC

[Coordonnées établissement](#) [Demande de prise en charge](#) [Rechercher une prise en charge](#)

Vos coordonnées

\*: Informations obligatoires.

N°FINESS\* 950000703

Nom\* HOPITAL DU PARC  
Raison Sociale\* HOPITAL DU PARC  
Adresse postale\* B.P.166  
Adresse 2  
Code postal\* 95150  
Ville\* TAVERNY  
Nom du contact SERVICE DES ADMISSIONS  
N° téléphone\* 0149571600  
N° fax  
Adresse mail\* c.audiau@apgis.com

[Modifier](#) [Initialiser](#) [Retour](#)

[Modification du mot de passe.](#)

3

Bienvenue sur votre espace professionnel Centre Hospitalier

Mise à jour effectuée

HOPITAL DU PARC  
B.P. 166  
95150 TAVERNY  
0149571616  
c.audiau@apgis.com

Si vos coordonnées ont changé, veuillez cliquer sur le lien «Coordonnées établissement».

### 4. Changement de mot de passe

Pour accéder au formulaire de modification, cliquer sur 'Modification du mot de passe' sur la page des coordonnées (fig.2). La page se réinitialise sur la gestion du mot de passe.

Procédure de saisie : Saisir l'ancien mot de passe et cliquer sur valider. Le système vous demande ensuite de saisir le nouveau et de le confirmer.

4

Modification du mot de passe.

Veuillez entrer à nouveau votre mot de passe pour confirmation.

[Valider](#) [Initialiser](#) [Retour](#)

Ancien mot de passe : \*\*\*\*\*  
Nouveau mot de passe : \*\*\*\*\*  
Confirmation du nouveau mot de passe :

Vos coordonnées

Votre demande a bien été enregistrée. Vous recevrez prochainement votre nouveau mot de passe par mail.

[Valider](#) [Initialiser](#) [Retour](#)

# PROCEDURE DETAILLEE: DEMANDE DE PRISE EN CHARGE



## 5. Formulaire de demande de prise en charge

- Les demandes s'effectuent en cliquant sur le bouton '*Demande de prise en charge*' (fig.1)
- Le formulaire de saisie du dossier s'affiche permettant de saisir les informations relatives à l'hospitalisation. Les zones obligatoires (fig.1) :
  - Date de demande – initialisée à la date du jour-,
  - Date admission
  - N° admission
  - Risque : Maladie, chirurgie
  - Informations bénéficiaire : soit INSEE, soit nom+prénom+date naissance
- Affichage des bénéficiaires trouvés selon les critères de sélection (fig.2). Des messages d'alerte sont transmis si le bénéficiaire est inconnu ou non couvert à la date de demande
- Dès la sélection du bénéficiaire, le système affiche les garanties de l'assuré. Le professionnel de Santé peut annuler la prise en charge ou l'imprimer (fig.3)

1



### Demande de prise en charge Hospitalière

La date d'admission ne peut pas être supérieure à la date de la demande de plus d'un mois.

Dossier :		Assuré :	
Date de la demande	05/01/2012	N°INSEE	1780102691068
Date d'admission	01 / 01 / 2012	Nom	
N° admission	2023	Prénom	
Risque	Maladie	Date de naissance	

**Refus de prise en charge pour une date admission supérieure à 30 jours. La maternité et la cure thermale n'est pas pris en charge**

2

### Demande de prise en charge Hospitalière

Dossier :		Assuré :	
Date de la demande	05/01/2012	N°INSEE	1780102691068
Date d'admission	01 / 01 / 2012	Nom	
N° admission	2023	Prénom	
Risque	Maladie	Date de naissance	

Bénéficiaires trouvés					
Informations contrat			Bénéficiaires		
Assuré principal	Ref. Contrat	Prénom	Qualité	Date de naissance	Choisir
POTIRON ALAIN	80/00650/ACO	ALAIN	Assuré	03/01/1978	<input type="radio"/>

3

### Résultat de la prise en charge

Prise en charge confirmée, valable un mois à compter de la date de la demande. Veuillez cliquer sur "Imprimer" afin d'éditer la prise en charge.

Prise en charge 20120105/0061107 Date de la demande 05/01/2012 Date de l'admission 01/01/2012 INSEE du bénéficiaire 178010269106827 Contrat adhérent 80/00650/ACO Date de naissance 03/01/1978 Nom et prénom POTIRON ALAIN	Hospitalisation médicale 400% BSS-SS Hospitalisation chirurgicale 400% BSS-SS Honoraires médicaux 400% BSS-SS Honoraires chirurgicaux 400% BSS-SS Forfait journalier 18 EUR/JOUR Chambre particulière 2,50% PMSS/J Frais d'accompagnant 2,50% PMSS/N.ENFT-17A. Forfait journalier Psychiatrique 13,5 EUR/JOUR Ghs médical 400% BSS-SS Ghs chirurgical 400% BSS-SS
--	--

apgis

N° de P.E.C. : 20120105/0061107 HOPITAL DU PARC  
 Assuré : POTIRON ALAIN SERVICE DES ADMISSIONS  
 N°S.S. : 1 78 01 02 691 068 27 B.P.300  
 Entreprise : 8000650  
 N° d'admission : 2023  
 Original envoyé le : 05/01/2012  
 Bénéficiaire : POTIRON ALAIN  
 N°S.S. : 1 78 01 02 691 068 27  
 Date d'entrée : 01/01/2012  
 Télécopie :

Service de l'établissement : SERVICE DES ADMISSIONS  
 Vincennes, le 05/01/2012

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**  
 Valable uniquement en établissement conventionné

Du fait d'être en charge par la Sécurité sociale, et sans réserve de l'appartenance du participant à notre organisme, notre organisme complémentaire s'engage à vous régler directement le complément des frais médicaux et chirurgicaux, contractés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale, MISE EN ŒUVRE ET COÛTS THÉRIALES restés à charge du participant dans les limites précitées ci-dessous. Attestation à renouveler tous les mois dès le moyen suivant.  
 La participation forfaitaire de 18 Euros est prise en charge à 100% par APGIS.

**ATTENTION !!! VALIDITE 1 MOIS à partir de la date d'entrée**

Hospitalisation médicale	400% BSS-SS
Hospitalisation chirurgicale	400% BSS-SS
Honoraires médicaux	400% BSS-SS
Honoraires chirurgicaux	400% BSS-SS
Forfait journalier	18 EUR/JOUR
Chambre particulière	2,50% PMSS/J
Frais d'accompagnant	2,50% PMSS/N.ENFT-17A.
Forfait journalier Psychiatrique	13,5 EUR/JOUR
Ghs médical	400% BSS-SS
Ghs chirurgical	400% BSS-SS

**Conditions Particulières**

Maternité et cure thermale

La présente attestation, accompagnée de votre facture détaillée et justificatif de prise en charge S.S. doit nous être adressée pour règlement.  
 ATTENTION : il vous appartient de vous faire régler directement par le participant les dépenses à caractère personnel.