**Fiche produit de prestation**

Partenaire-prestataire: Personne de contact:

Société: Nom:

Adresse:

NPA / Lieu: Fonction:

Tél: Tél:

Sites: e-mail:

Caisse de compensation :

Coordonnées bancaires : site internet :

**Description de la prestation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cadre de la prestation | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Catégorie Prestation** | **Mesures précisions** | **Art. LAI** | **Codes presta-tions** | **Chiffres tarifaires** 905.**0XX**.x | | Mesures d’instruction médico-professionnelle concernant l’aptitude à la réadaptation | Mesures d'instruction médico-prof. par un COPAI (1 - 2 semaines) | 43 LPGA | 296 | 010 | | Mesures d'instruction médico-prof. par un COPAI (4 semaines) | 011 | | Autres mesures d'instruction médico-prof | 012 | |
| Nom de la mesure | *A renseigner tel que sur le tableau de convention* |
| Objectifs | Evaluer, sur le plan médical et de l’orientation professionnelle, l’aptitude à la réadaptation (résiduelle) d’une personne assurée. Ses possibilités sont examinées dans des situations pratiques et dans le cadre d’une expertise interdisciplinaire au sein d’un centre d’observation professionnelle (COPAI) ou d’une autre institution (uniquement pour le 012) |
| Durée cadre | 4 semaines maximum en principe (peuvent exceptionnellement être prolongées de quatre semaines au plus). |
| Prérequis | Après avoir reçu les documents relatifs à une personne assurée, le centre d’observation ou l’institution en charge de l’instruction peut convoquer cette dernière à un examen préalable d’une durée maximale d’une journée, par exemple dans le cadre d’un entretien. Il informe sans délai l’office AI dès lors qu’une instruction approfondie est indiquée. |
| Public-cible | *A renseigner :*  *Par ex. Accompagnement de personnes ayant une atteinte à la santé spécifique, niveau de langue nécessaire, capacité de travail minimum,…..* |
| Concept | *A renseigner :*  *Concerne une description large de la mesure en terme d’accompagnement, sur quelles valeurs elle se base, l’accompagnement est-il strict ou plutôt large, ….* |
| Moyens et méthodes | *A renseigner* |
| Programme | *A renseigner* |
| Encadrement au quotidien | *A renseigner*  *(nombre d’encadrants, qualité, compétences, diplôme,…)* |
| Lieux d’exécution | *Préciser l’ensemble des sites possibles pour la mesure. Eventuellement préciser, si nécessaire le-s- lieu-x- de logement/repas possibles.*  *Si les sites n’existent pas dans Partner, n’hésitez pas à me le faire savoir et je complèterai les informations de la plateforme.*  *Il s’agit également d’un critère de recherche pour les CAI sur la plateforme* |
| Langues | *A renseigner* |
| Résultat | *A renseigner* |
| Bilan intermédiaire | Oui Non  A la demande de la – du CAI |
| Bilan final | **Obligatoirement produit dans un délai de 10 jours après la fin effective de la mesure** *(sauf contre-indication explicite de la conseillère ou du conseiller AI)* |
| Nombres de places | *A renseigner si nécessaire et utile* |
| Horaires | *Horaires d’ouverture – préciser éventuellement taux de présence ou horaires variables selon la mesure (par ex. formation et cours).* |

Fait le : Par :