

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Reçu à
Ange

Déclaration de Maladie : N° S19-0003585

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société :

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAOUN Youssef Date de naissance : 19/02/34

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2023

Nom et prénom du malade : MAOUN Youssef Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : hyperlipémie athérogène

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/11/23	CV		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LE CADUCEE 6, Imm. Mokhtar Soussi Bd. Abdelrahim Bouabid Tél: 05 28 23 22 69 - AGADIR	02.12.23	293,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE IBN ROCHD D'Anatomie Pathologique Av Hassan II - Agadir 2ème étage - Agadir Tél: 0528 82 84 94 Service Laboratoire	29.11.23	3.143	154,00
	28.11.23	1.150	154,00
	28.11.23		205,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الضمان الإجتماعي أكادير
POLYCLINIQUE DE LA C.N.S.S - AGADIR

مصحة
POLYCLINIQUE
أكادير
AGADIR

Agadir, le: 02/12/2023

M: Moun Youssef

14,60

SERVICE DES
URGENCES
24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phtysiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscerale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumatolo - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

CENTRE
D'HEMODIALYSE

Pharmacie LE CA
6, Imm. Mokhtar So
Bd. Abdelahim Bou
Tél: 05 28 82 58 12

97,90

① Ofiken 200

1 cp x 2 / j pour 04 jours

14,60

② Dolostop 1g

1 cp x 2 / j pour 04 jours

70,90

③ Profenid 100

1 cp / j pour 04

109,40

④ Contiflo 100

1 cp / j le soir pour
à partir du 04/12/2023.

293,10

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



Ofiken® 200 mg

Céfixime
Boite de 8 comprimés pelliculés



6 118000 022336

PROFENID 100MG
CP PEL B30

P.P.V : 70DH90



6 118000 060802

Dolostop® 1000mg

Boite de 8 comprimés effervescents

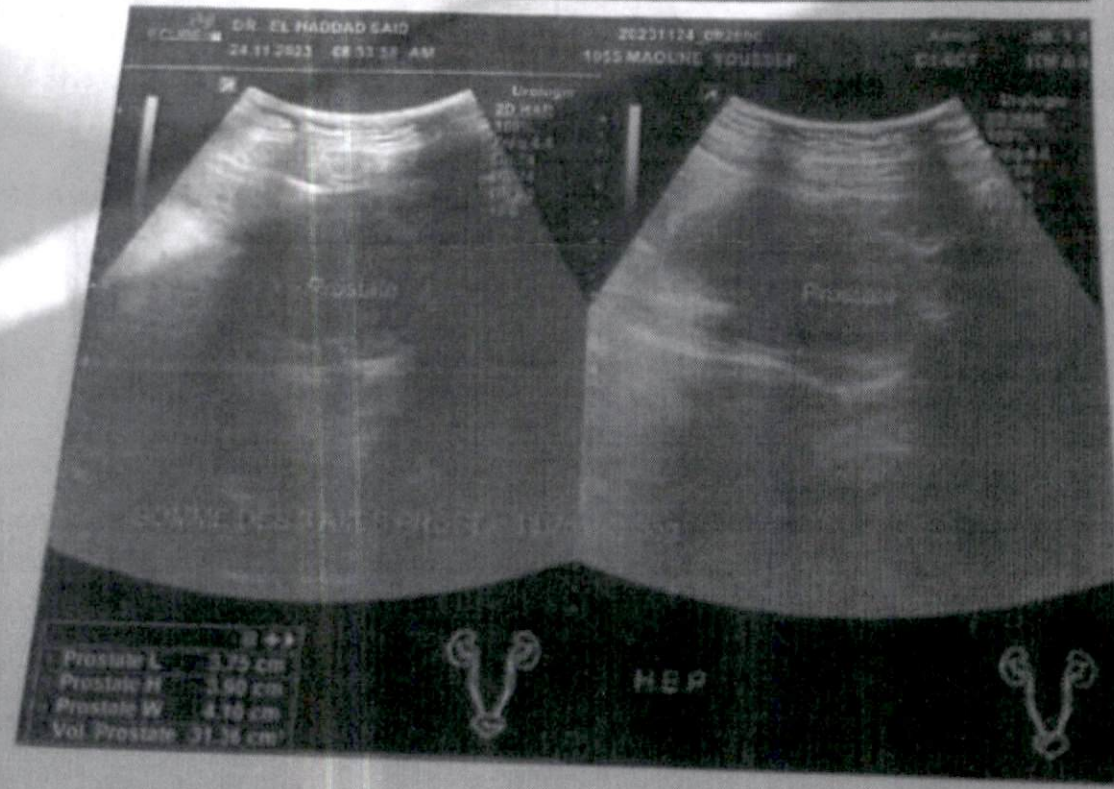
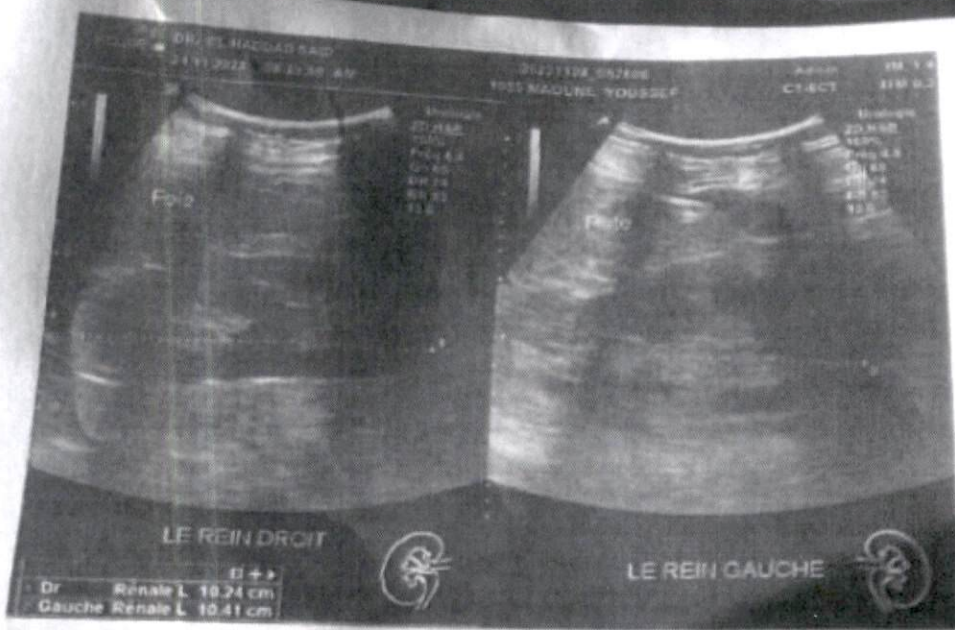


6 118000 094173

URGENCES
05 28 82 58 18

Consultation RDV
05 28 82 59 66

05 28 84 66 24 : الفاكس - 05 28 84 66 21/25/27 : الهاتف - 3171 - ص ب :
Rue Moulav Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24



Dr. EL HADDAD SAID
Médecine Générale
Echographie Clinique, Homéopathie
Tél / Fax : 05-24-47-69-10.
GSM 06-61-19-19-98.
E-mail : elhaddadsaid@menara.ma

Essaouira le 24/11/2023

IDENTITE DU MALADE

Nom et prénom : MAOUNE YOUSSEF
Age : 1955
Demandé par : Le patient
Indication de l'examen: Dysurie-pollakiurie

TECHNIQUE DE L'EXAMEN

Examen réalisé en temps réel sur un appareil VOLUSON 73 PRO
muni d'une sonde convexe de 1 à 6 Mhz.
Examen réalisé sur malade non à jeun, allongé, en decubitus
dorsal, vessie peu remplie.

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Plusieurs coupes étagées et sériées ont été pratiquées dans
différents plans au niveau des deux flancs et fosses iliaques
qui ont permis de mettre en évidence :
Le grand axe bipolaire du Rein droit mesure : 10,24 cm.
Celui du Rein gauche mesure : 10,41 cm .
La prostate est relativement augmenté de taille (somme des
trois axes prostatiques = 11,75cm → 35g).
Volume prostatique = 31.36cm
La paroi vésicale est échographiquement lisse, avec contenu
vésicale anéchogène non trouble sans image de lithiase.

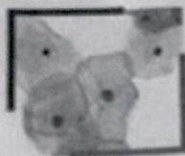
Conclusion

➤ Hypertrophie bénigne de la prostate modérée (35g).

Signé : Dr. EL HADDAD



**Centre Ibn Rochd
d'Anatomie Pathologique
et Cytodiagnostic**



مركز ابن رشد
لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Date de réception : 29/11/2023

Date de réponse : 01/12/2023

Sexe : M

Âge : 68 ans

N° d'examen : 3112925

Nom et Prénom : MAOUN youssef

Médecin traitant : Dr. ZIOUANI

Nature du prélèvement : RTU de prostate

Renseignements cliniques : Hypertrophie prostatique. Rétention à répétition.

COMPTE RENDU

MACROSCOPIE:

Plusieurs fragments qui pèsent 28 gr et qui mesurent de 0.2 à 2.3 cm. (x5, IP)

MICROSCOPIE:

L'examen histologique retrouve un parenchyme prostatique siège d'une prolifération épithéliale conjonctive. La composante épithéliale est faite de glandes festonnées parfois dilatées en kystes tapissées d'une couche de cellules régulières sans atypie reposant sur une couche basale continue. La composante conjonctive est faite de fibres musculaires lisses sans particularité

CONCLUSION:

ADENOMYOME PROSTATIQUE.

ABSENCE DE SIGNES DE MALIGNITE

Dr. Youssef BOUHAJEB
CENTRE IBN ROCHD
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET CYTODIAGNOSTIC

Signé : DR. BOUHAJEB Youssef

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE,

Nom du service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

AOUN Youssef.

N° C.N.S.S ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

68ou, ADCS -

TUBA

Echographie de la
vénico prostatica

Le Médecin Traitant



Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24x30

36x43

35x35

18x24

Biffer les mentions inutiles

30x40

35x35

13x18

15x40

Total clichés =

Total posée =

HEM 000 17

HEM 000 324

HEM 000 324

HEM 000 27

**POLYCLINIQUE CNSS
AGADIR**
DEMANDE D'EXAMENS
SERVICE LABORATOIRE

Nom et Prénom du Malade

MAOUN YOUSSEF

Age

Médecin Traitant

N° du Prélèvement

332E43

BIOCHIMIE SANGUINE

- ☐ NA+
☐ K+
☐ Cl
☐ PROTIDES
☐ CALCIUM
☐ PHOSPHORE
☐ GLYCEMIE A JEUN
☐ GLYCEMIE POST-PRANDIALE
☐ HEMOGLOBINE GLYQUEE
☐ UREE
☐ CREATININE

- ☐ CLEARANCE DE LA CREATININE
☐ ACIDE URIQUE
☐ TRIGLYCERIDES
☐ CHOLESTEROLE TOTAL
☐ CHOLESTEROLE HDL
☐ CHOLESTEROLE LDL
☐ BILURUBINE TOTALE
☐ BILURUBINE CONJUGUEE + LIBRE
☐ TROPONINE
☐ CPK
☐ LDH

- ☐ GOT
☐ GPT
☐ PHOSPHATASE ALCALINE
☐ GGT
☐ AMYLASE
☐ RESERVE ALCALINE
☐ FER
☐ CTF
☐ LIPASE
☐ VITAMINE D
☐ FERRITINE

BIOCHIMIE URINAIRE

- ☐ NA+
☐ K+
☐ CALCIUM
☐ PHOSPHORE

- ☐ AMYLASE
☐ UREE
☐ CREATININE

- ☐ ACIDE URIQUE
☐ PROTEINE
☐ MICROALBUMINE
☐ GLUCOSE

BIOCHIMIE DIVERS

- ☐ LCR

- ☐ LIQUIDE D'ASCITE

- ☐ LIQUIDE PLEURAL
☐ LIQUIDE DIVERS

HEMATOLOGIE

- ☐ NFS
☐ VS
☐ CRP

- ☐ CELLULES LE
☐ MYELOGRAMME
☐ RETICULOCYTES

- ☒ GROUPAGE
☐ COOMBS DIRECT
☐ COOMBS INDIRECTS
☐ CROSS MATCH

HEMOSTASE

- ☒ TC K

- ☒ TP
☐ INR

- ☐ FIBRINOGENE
☐ D DIMERES

SEROLOGIE

- ☐ VDRL CHARBON
☐ TPHA
☐ WIDAL
☐ ASLO

- ☐ FACTEURS RHUMATOIDES
☐ HIV
☐ ANTIGENE HBS
☐ HCV

- ☐ ANTI DNA
☐ RUBEOLE
☐ TOXOPLASMOSE
☐ IGE TOTALES

HORMONOLOGIE

- ☐ TSH us
☐ T3L
☐ T4L

- ☐ FERRITINE
☐ VITD
☐ PTH

- ☐ B H C G
☐ PTH

MARQUEURS TUMORAUX

- ☐ AFP
☐ ACE

- ☐ PSA
☐ CA 19-9

- ☐ C A 125
☐ CA 15-3

BACTERIOLOGIE + PARASITOLOGIE

- ☐ LIQUIDE LCR
☐ LIQUIDE PLEURAL
☐ LIQUIDE D'ASCITE
☐ PUS D'OEIL

- ☐ PUS DIVERS
☐ E C B U
☐ PRELEVEMENT VAGINAL
☐ PRELEVEMENT URETHRAL

- ☐ HEMOCULTURE
☐ RECHERCHE BK
☐ COPROCULTURE+PARASITOLOGIE
☐ COMPTE D'ADDIS

EXAMENS DIVERS

DATE

VISA

Dr ANAËLOUS RAJAE
 Spécialiste en Anesthésie
 Réanimation



N° IPP : 95005		N° SEJOUR : 230080592		FACTURE N° 2304005043		DATE D'ENTREE : 28/11/2023		DATE DE SORTIE : 28/11/2023			
ASSURE :				UF: 5004 LABORATOIRE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : MAOUN, Youssef					
MALADE : MAOUN, Youssef											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE											
ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE		B	140.00	1.10	154.00					0.00 154.00	

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES BIOLOGIE				TOTAUX :		154.00				154.00					
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE QUATRE DHS						PLAFOND PC :				ACOMPTE :					
						REMISE :		0.00		REGLE :		154.00		AVOIR :	
						RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 29/11/2023				EDITEE LE : 29/11/2023				PAR : ZEROUA							
VISA						ACCIDENT DE TRAVAIL :									
						N° DE POLICE :									
						DATE AT :									
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR									
						BANQUE : BMCE - AGADIR									
						N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03									

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension X, Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	95005	N° SEJOUR :	230080607	FACTURE N° 2302022481		DATE D'ENTREE : 28/11/2023		DATE DE SORTIE : 28/11/2023	
ASSURE :				DESTINATAIRE : MAOUN, Youssef					
MALADE : MAOUN, Youssef									
NOM JEUNE FILLE :									
TIERS PAYANT 1 :									
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :					
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :					

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : M1000044 DR ZIOUANI OUSSAMA (UROLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	200.00			AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00						

DATE FACTURE : 28/11/2023	EDITEE LE : 28/11/2023	PAR: ZEROUA	ACCIDENT DE TRAVAIL :
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
			BANQUE : BMCE - AGADIR
			N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03



POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
Extension X, Rue Moulay Youssef
80000 AGADIR
Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 95005		N° SEJOUR : 230080543		FACTURE N° 2302022449		DATE D'ENTREE : 28/11/2023		DATE DE SORTIE : 28/11/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MAOUN,Youssef							
MALADE : MAOUN,Youssef		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	
Intervenant : M1000044 DR ZIOUANI OUSSAMA (UROLOGUE)					TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 28/11/2023					EDITEE LE : 28/11/2023	PAR: ZEROUA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :					DATE AT :	
					Réglement à effectuer à l'ordre de :					POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR	
					BANQUE :					BMCE - AGADIR	
					N° compte bancaire :					011.010.0000.01.210.00.60686.03	



DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DATE DU PRELEVEMENT LE 28/11/23

N°

NOM : A. ARUN

PRENOM : Youssef

AGE : 1955

SEX : M

N° DOSSIER : 123 - 6633

NOM DU MEDECIN

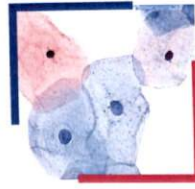
Dr. ZIOUANI

TISSUS OU ORGANES PRELEVES	
<u>Prostate</u>	
TYPE DE PRELEVEMENT	
Pièce opératoire	<input checked="" type="checkbox"/>
Biopsie	<input type="checkbox"/>
Cytologie	<input type="checkbox"/>
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC SUPPOSE	
<u>Hypertrophie prostatique, Rétention urinaire répétée</u>	
EXAMEN COMPLEMENTAIRE POUVANTS ORIENTER DIAGNOSTIC	
FIXATEURS UTILISES. <input type="checkbox"/> BOIN <input type="checkbox"/> FORMOL <input type="checkbox"/> OU AUTRE A PRECISER	

N/B

- pour les cytologies vaginales donner obligatoirement la date des dernières est la thérapeutique en cours : pilule - stérilet - hormones ect
- pour les biopsies ganglionnaires faire obligatoirement une empreinte sur la lame et donner FN, VS, ect
- pour les prélèvements osseux en plus des renseignements cliniques fournir le compte rendu radiologique détaillé si possible

Dr. ZIOUANI OUSAMA
Chirurgien Urologue
Polyclinique CNSS Agadir
INPE 101252312



Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Agadir le, 29/11/2023

Nom & Prénom : **MAOUNyoussef**

N° Examen : 3112925

Date réponse : 01/12/2023

FACTURE N° 23/4462

Nature du prélèvement

RTU de prostate

Prix TTC

600,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. BOUHAJEB Youssef**

INPE: 041207044

