

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr Wafdi

Certifie que Mlle, Mme, M. : Abderrahim Wafdi

Présente Diabète sucré

Nécessitant un traitement d'une durée de : à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Docteur WAFDI Abderrahim**  
Endocrinologue - Diabétologue  
2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

