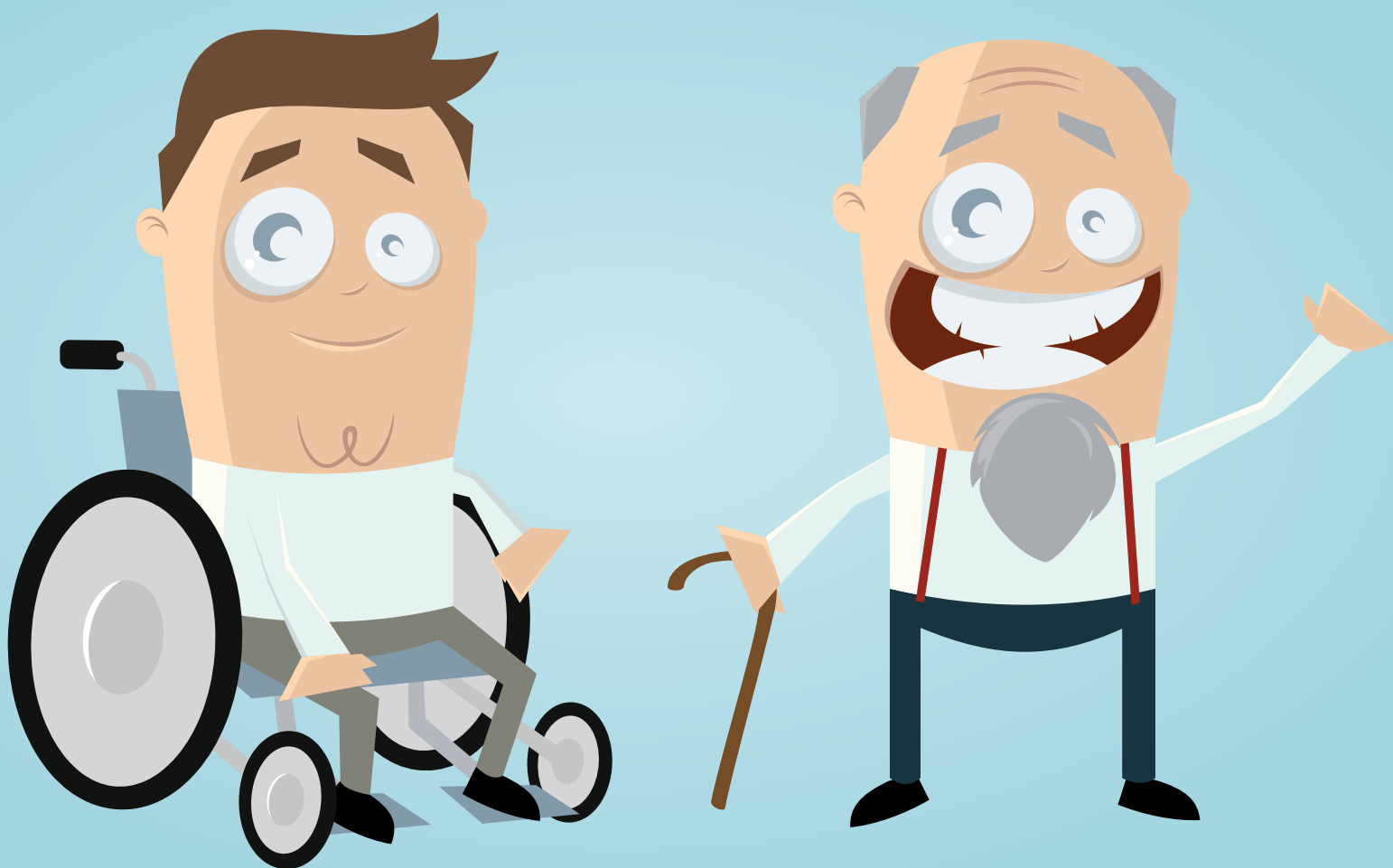


**J'accepte de partager
le même véhicule sanitaire
que d'autres passagers**



Usager Responsable

Je préserve mon Assurance Maladie