



Cour III
C-6249/2017

Arrêt du 30 mars 2021

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Caroline Gehring, Michael Peterli, juges,
Marion Capolei, greffière.

Parties

A. _____ SA,
représentée par I. _____,
Adresse postale : p.a. A. _____,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, prise en charge de mesures médicales
(décision du 10 octobre 2017).

Faits :**A.**

B._____ (ci-après : l'enfant ou la fille) est née le (...) août 2015 à l'Hôpital cantonal C._____ (ci-après : l'Hôpital). Souffrant notamment d'une sévère anémie du nouveau-né, d'une hypoxie intra-utérine sévère, d'un choc septique, d'une entérocolite nécrosante, d'hypoglycémie, des suites d'une aspiration méconiale, d'une thrombozytopenie, d'une hyponatrémie sévère et d'un status epilepticus, elle est décédée aux soins intensifs pédiatriques dudit Hôpital en date du (...) août 2015 (annexe 8 à TAF pce 1). A ce moment-là, ses parents, D._____, ressortissante française (ci-après : la mère), et E._____, ressortissant italien (ci-après : les parents), avaient leur domicile en Suisse (AI pce 3).

B.

B.a Par le biais du formulaire « demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs » dûment rempli et daté du 20 septembre 2016, envoyé à l'Hôpital, la mère a sollicité au nom de sa fille l'octroi de mesures médicales, soit la prise en charge des coûts occasionnés par le traitement de ses infirmités congénitales ch. 321, 495, 497 et 498 OIC aux soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital du (...) au (...) août 2015 (ci-après : la demande AI déposée par les parents ; AI pces 1 ; 6 p. 2 ss). Le 25 novembre 2016, l'Hôpital a transféré ladite demande AI à l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (AI pce 6 p. 11). En raison du départ définitif des parents de la Suisse pour l'Italie en mars 2016, la demande a été transmise, le même jour, à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure ; AI pces 3 ; 6 p. 1).

B.b Dans son projet de décision du 19 janvier 2017, l'OAIE a proposé de rejeter la demande AI déposée par les parents. Ainsi, il leur a expliqué que ladite demande datée du 20 septembre 2016 et déposée auprès de l'OAI du canton C._____ le 25 novembre 2016 n'avait pas été présentée conformément à l'art. 48 al. 1 LAI dans un délai de douze mois après la naissance du droit aux dites mesures. Par ailleurs, l'OAIE a relevé que selon les informations reçues de l'Hôpital, les parents avaient été informés qu'une demande à l'assurance-invalidité devait être déposée et que le formulaire leur avait été remis. Compte tenu du fait qu'ils ne se trouvaient pas dans une situation où ils ne pouvaient pas connaître les faits ouvrant le droit à des mesures médicales, l'exception prévue à l'art. 48 al. 2 LAI, qui permettait à l'assurance-invalidité d'allouer à un assuré le paiement des

arriérés de prestations pour des périodes plus longues, n'était pas réalisée en l'espèce (AI pce 8). Une copie de ce projet de décision a été adressée à A. _____ SA (ci-après : la recourante, l'assureur-maladie), assurance-maladie mentionnée dans la demande AI sous la rubrique « caisse-maladie (assurance de base) » de l'enfant (cf. AI pce 1 p. 5).

B.c Lors d'un entretien téléphonique du 27 janvier 2017 au sujet dudit projet de décision, la mère a expliqué à l'OAIE que l'Hôpital lui avait envoyé une facture et des rappels d'un montant de plus de Fr. 56'000.- et affirmé n'avoir jamais reçu de l'Hôpital de formulaire pour faire valoir la demande de prestations AI avant août 2016, donc déjà une année après le décès de sa fille. Puisqu'elle avait eu de nombreux contacts avec l'assistante sociale de l'Hôpital, elle croyait que tout était en ordre et n'avait dès lors pas non plus pensé à communiquer la nouvelle adresse à l'Hôpital quand ils ont quitté le pays six mois après le décès de leur fille. Puis, au sujet de l'assurance-maladie, elle a expliqué avoir été assurée auprès de A. _____ SA jusqu'en juin 2016. Par rapport à sa fille, elle a affirmé avoir pris rendez-vous à l'agence de (...) pour la préinscrire, peut-être en juillet ou début août 2015. Après la naissance de son enfant, A. _____ SA l'avait appelée pour convenir d'un rendez-vous et elle avait informé l'assureur-maladie que sa fille était gravement malade, qu'elle risquait de mourir et qu'elle n'avait pas le temps de venir l'inscrire. Elle avait par la suite pris contact avec A. _____ SA et l'a informée qu'elle n'avait plus besoin de l'assurance puisque l'enfant était décédée (AI pce 9).

B.d Par courrier du 1^{er} février 2017, l'assureur-maladie a informé l'OAIE que l'enfant n'avait jamais été assurée auprès de A. _____ SA pour l'assurance-maladie obligatoire. Elle a expliqué en substance que sur demande des parents, elle leur avait fait une offre prénatale. Or, il n'y avait pas eu de conclusion d'un contrat d'assurance après la naissance de l'enfant, de sorte que ladite offre avait été détruite. En outre, ce n'était qu'en janvier 2017 que la mère, qui avait été assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de A. _____ SA jusqu'au 2 mars 2016, l'avait contactée pour la première fois pour lui faire part de la facture impayée. Par ailleurs, faisant référence à l'ATF 135 V 106, elle a expliqué n'avoir jamais reçu de demande de prise en charge provisoire de prestations pour l'enfant, de sorte qu'elle ne pouvait même pas se prévaloir d'un droit propre et autonome au remboursement au sens de l'art. 48 LAI (AI pce 10).

B.e Par pli daté du 2 février 2017, les parents se sont opposés au projet de décision précité, ont demandé à consulter le dossier de la procédure

ainsi que l'octroi d'un délai complémentaire jusqu'au 13 mars 2017 afin d'être en mesure de motiver dûment l'opposition (AI pce 11 p. 2).

B.f Suite à la prolongation par l'OAIE du délai pour déposer une motivation de l'opposition du 9 février 2017 jusqu'au 13 mars 2017 (AI pce 12), les parents lui ont fait parvenir le 13 mars 2017 une police d'assurance-maladie obligatoire pour leur fille, valable dès le (...) août 2015, qui avait été établie par A._____ SA en date du 13 mars 2017 (AI pces 15 ; 16 ; 20 p. 2). A ce sujet, les parents ont expliqué à l'instance inférieure que selon les informations reçues de l'Hôpital, A._____ SA allait prendre en charge la facture que l'Hôpital leur avait adressée, pour la première fois, en octobre 2016. Par ailleurs, les parents ont requis l'octroi d'un délai supplémentaire jusqu'au 10 avril 2017 pour faire parvenir à l'OAIE leurs observations complémentaires.

B.g Par courrier du 23 mars 2017 (AI pce 23), A._____ SA a confirmé à l'OAIE avoir procédé à l'affiliation rétroactive de l'enfant du (...) au (...) août 2015 à l'assurance-maladie obligatoire des soins. Se référant à son courrier du 1^{er} février 2017 (cf. *supra* let. B.d) et rappelant à l'OAIE qu'elle n'avait pas eu connaissance d'éventuelles prestations d'assurance en faveur de B._____ avant janvier 2017, elle s'est prévalue de son droit d'annoncer l'enfant à l'assurance-invalidité en application de l'art. 48 al. 2 LAI et conformément à l'ATF 135 V 106. En annexe à son courrier, elle a produit une facture de l'Hôpital pour le traitement de B._____ du (...) au (...) août 2015, portant la date de facturation du 14 mars 2017 et évoquant un montant total de Fr. 25'502.85 (AI pce 21), ainsi qu'une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs datée du 22 mars 2017, signée par A._____ SA et la mère, requérant l'octroi de mesures médicales, soit la prise en charge des coûts occasionnés par le traitement des infirmités congénitales ch. 321, 495, 497 et 498 OIC de l'enfant pour la période précitée (AI pce 22 ; cf. également AI pces 25 ; 26).

B.h En date du 5 avril 2017, A._____ SA s'est opposée à son tour au projet de décision de l'OAIE du 19 janvier 2017 (cf. *supra* let. B.b) et a demandé à l'autorité inférieure de prendre en charge les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales de l'enfant. A l'appui de l'opposition, elle a fait valoir en substance que les conditions de l'art. 48 al. 2 LAI étaient remplies en l'espèce dès lors que le dépôt de la demande de prestations AI de A._____ SA en mars 2017 était intervenu dans le délai de douze mois à compter de la date à laquelle elle avait eu connaissance des faits ayant établi le droit de l'enfant aux mesures médicales. Ainsi, A._____ SA a expliqué que ce n'était qu'en janvier 2017 qu'elle

avait appris de la mère l'existence de la facture en suspens et que la demande de mesures médicales avait été rejetée par l'assurance-invalidité (AI pce 29).

B.i Suite à une deuxième prolongation par l'OAIE du délai pour déposer des observations complémentaires du 17 mars 2017 jusqu'au 10 avril 2017 (AI pce 17), les parents ont, par courrier daté du 7 avril 2017 (AI pce 31), de nouveau manifesté leur désaccord avec le projet de décision de l'OAIE du 19 janvier 2017 et demandé à l'autorité inférieure de prendre en charge les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales de l'enfant. Ils ont expliqué en substance que les conditions au paiement des arriérés des mesures médicales au sens de l'art. 48 al. 2 LAI étaient remplies. En effet, ce n'était qu'en septembre 2016, respectivement en octobre 2016 qu'ils avaient appris l'existence du devoir de déposer une demande AI et de la facture en suspens. Ayant déposé leur demande de prestation AI immédiatement après avoir eu connaissance desdits faits, le délai de douze mois avait été largement respecté. En annexe à l'opposition, ils ont notamment produit une facture de l'Hôpital adressée à la mère, portant la date de facturation du 12 octobre 2016 et évoquant un montant total de Fr. 56'672.95 pour le traitement de l'enfant du (...) au (...) août 2015 (AI pce 30 p. 5 s.).

B.j Par projet de décision daté du 31 mai 2017 (AI pce 35), adressé aux parents et à A. _____ SA, l'OAIE a annulé et remplacé son projet de décision du 17 janvier 2017 et proposé le rejet des demandes AI des parents et de A. _____ SA. A l'appui du nouveau projet de décision, l'autorité inférieure a estimé que les demandes de mesures médicales de A. _____ SA et des parents étaient identiques et qu'elles portaient sur les mêmes faits, de sorte qu'elles devaient être traitées ensemble. En substance, l'OAIE a expliqué que la demande AI déposée par les parents en date du 25 novembre 2016 n'avait pas été déposée dans le délai d'une année après la naissance du droit aux mesures médicales conformément à l'art. 48 al. 1 LAI, de sorte qu'elle était tardive. Puis, l'OAIE a estimé que l'octroi rétroactif de prestations arriérées sur la base de l'art. 48 al. 2 LAI n'était pas non plus envisageable en l'espèce. En effet, compte tenu du fait que les parents avaient été informés par l'Hôpital qu'une demande AI devait être déposée et que le formulaire leur avait été remis avant la sortie de l'Hôpital en août 2015 et étant donné qu'il ne ressortait pas non plus du dossier que ceux-ci auraient été empêchés par leur état de santé ou pour cause de force majeure de déposer la demande AI dans les délais, rien ne pouvait justifier objectivement que la demande AI n'ait été déposée qu'en date du 25 novembre 2016, soit plus d'une année après la naissance du

droit aux mesures médicales. Par ailleurs, s'agissant de la demande de A._____ SA déposée en mars 2017, l'OAIE a estimé qu'elle était également tardive.

B.k Par courrier daté du 26 juin 2017 (Al pce 37), A._____ SA s'est opposée au projet de décision de l'OAIE du 31 mai 2017, faisant valoir en substance que l'autorité inférieure n'avait pas examiné les arguments qu'elle avait avancés dans son opposition du 5 avril 2017 (cf. *supra* let. B.h. ; Al pce 29). Par conséquent, elle a demandé à l'OAIE de réexaminer sa demande de prise en charge des mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales de l'enfant.

B.l Par pli daté du 13 juillet 2017 (Al pce 39), les parents, désormais représentés par Maître F._____ (Al pce 38), se sont également opposés au projet de décision de l'OAIE du 31 mai 2017, informant l'autorité inférieure qu'ils partageaient les observations et conclusions formulées par A._____ SA en date du 26 juin 2017. Ainsi, ils ont demandé à l'OAIE de les informer s'il avait d'ores et déjà statué sur la demande de A._____ SA de prendre en charge les mesures médicales, et le cas échéant de leur faire parvenir une copie de la décision. Dans la négative, ils ont prié l'autorité inférieure de leur accorder un délai complémentaire de 15 jours, afin qu'ils puissent compléter leurs observations.

B.m Par courrier du 17 juillet 2017 (Al pce 41), l'OAIE a informé les parents qu'aucune décision n'avait été rendue à ce moment-là et leur a accordé un délai supplémentaire jusqu'au 31 juillet 2017 pour compléter leurs observations.

B.n En l'absence de réaction des parents, l'OAIE a, par décision du 10 octobre 2017 (Al pce 44), rejeté les demandes de mesures médicales des parents et de A._____ SA. L'autorité inférieure a, pour l'essentiel, repris les motifs évoqués dans le projet de décision du 31 mai 2017 (cf. *supra* let. B.j ; Al pce 35). Par ailleurs, s'agissant de la demande de mesures médicales déposée par A._____ SA, l'autorité inférieure a expliqué que la mère avait pris contact avec celle-ci (agence de [...]) avant la naissance de la fille afin de la préinscrire à l'assurance-maladie obligatoire. Après sa naissance en date du (...) août 2015, A._____ avait recontacté la mère qui l'avait informée que son enfant avait de graves problèmes de santé et qu'elle ne pouvait pas passer à l'agence. La mère avait par la suite informé l'assureur-maladie du décès de sa fille. L'OAIE en a déduit que A._____ SA avait été mise au courant des faits ouvrant le droit à des prestations et ne pouvait donc pas se prévaloir de l'art. 48 al. 2 let. a LAI. En introduisant

sa demande de prestations en mars 2017, A._____ SA n'avait ainsi pas fait valoir son droit dans le délai de douze mois prévu à l'art. 48 al. 2 let. b LAI, de sorte que sa demande était tardive.

B.o Les parents n'ont pas formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF).

C.

C.a Par mémoire du 6 novembre 2017 (timbre postal ; TAF pce 1), A._____ SA, représentée par I._____, a formé recours par-devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'OAIE du 10 octobre 2017 et à la condamnation de l'autorité inférieure à accorder des mesures médicales en faveur de l'enfant ainsi qu'à rembourser à A._____ SA les avances qu'elle avait effectuées à hauteur de Fr. 25'502.85 pour le séjour du (...) au (...) août 2015 de l'enfant à l'Hôpital (p. 6). A l'appui de son recours, elle a contesté formellement le fait que la mère lui aurait fait part des problèmes de santé de son enfant à sa naissance ou que l'Hôpital lui aurait adressé une facture avant le 14 mars 2017. Puis, elle a expliqué que ce n'était qu'avec le projet de décision du 19 janvier 2017 de l'OAIE et la facture du 14 mars 2017 de l'Hôpital que A._____ SA avait eu connaissance de l'état de fait donnant lieu à des prestations, de sorte que le dépôt de la demande AI de l'assureur-maladie en date du 23 mars 2017 était intervenu dans le délai d'une année prévu par l'art. 48 al. 2 LAI. Par conséquent, c'était manifestement à tort que l'OAIE avait rejeté sa demande pour tardiveté (p. 5). Par ailleurs, A._____ SA, s'appuyant sur un rapport de sortie de l'Hôpital rédigé par les Dresses G._____ et H._____ en date du 22 septembre 2015 diagnostiquant chez l'enfant notamment une anémie néonatale sévère, une hypoglycémie et une infection néonatale (annexe 8 à TAF pce 1), a expliqué que ces atteintes relevaient manifestement des chiffres 321, 495, 497 et 498 OIC devant être prises en charge en premier lieu par l'assurance-invalidité conformément à l'art. 13 LAI.

C.b Par décision incidente du 22 novembre 2017, le Tribunal de céans a invité la recourante à effectuer une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 1'000.-, montant dont elle s'est acquittée dans le délai imparti (TAF pces 3 ; 5 ; 6).

C.c Sur invitation du Tribunal (TAF pce 4), l'OAIE a déposé le 22 janvier 2018 sa réponse au recours, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7). En substance, l'autorité inférieure a répété les arguments avancés dans la décision attaquée.

C.d Invitée à se prononcer sur ladite réponse de l'OAIE (TAF pce 8), A. _____ SA a produit le 1^{er} mars 2018 une réplique (TAF pce 11) à teneur de laquelle elle a persisté dans les conclusions avancées dans son mémoire de recours. En sus des arguments déjà développés dans celui-ci, la recourante, s'appuyant sur un document interne de A. _____ SA intitulé « consigne de travail – D. _____ – Mutterschaft ab Januar 2015 » (annexe 5.1 à TAF pce 11), a confirmé qu'entre la préinscription de l'enfant auprès de A. _____ SA en date du 8 avril 2015 et janvier 2017, elle n'avait reçu ni factures ni informations au sujet de l'enfant et que, par ailleurs, la collaboratrice en charge du dossier de la mère avait notamment confirmé qu'elle n'avait jamais modifié le texte (annexe 17 s. à TAF pce 11).

C.e Invité à se prononcer sur la réplique de A. _____ SA (TAF pce 12), l'OAIE a, dans sa duplique du 19 avril 2018 (TAF pce 13), maintenu ses précédentes conclusions au motif que la recourante n'avait fourni aucun élément nouveau lui permettant de reconsidérer sa réponse du 22 janvier 2018.

C.f Par ordonnance du 24 avril 2018 (TAF pce 14), le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées.

C.g Le 14 mars 2019, la recourante est venue aux nouvelles concernant le recours (TAF pce 15).

C.h Par ordonnance du 17 juillet 2020, le Tribunal a relevé que A. _____ SA avait pris en charge des coûts occasionnés par le traitement des infirmités congénitales ch. 321, 495, 497 et 498 OIC de l'enfant aux soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital du (...) au (...) août 2015 alors que selon la loi, elle n'était pas tenue de les prendre en charge de manière provisoire conformément à l'art. 70 al. 2 let. a LPGA dès lors que l'assurance-maladie obligatoire ne pouvait pas déployer ses effets dès la naissance de l'enfant jusqu'à son décès en raison de son affiliation tardive à A. _____ SA. Ainsi, il a informé les parties qu'il envisageait de procéder à une substitution de motifs fondée sur l'art. 70 al. 2 let. a LPGA en lien avec les art. 3 al. 1 et 5 al. 2 LAMal et leur a donné l'occasion de se prononcer sur ce qui précède (TAF pce 17).

C.i Par détermination du 28 juillet 2020, l'OAIE a indiqué persister dans son raisonnement et ses conclusions du 22 janvier 2018, tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 18).

C.j Dans sa détermination du 7 septembre 2020, A._____ SA a informé le Tribunal qu'elle avait mentionné par erreur dans son recours qu'elle avait pris en charge la facture de l'Hôpital du 14 mars 2017 et expliqué que dès lors que l'assurance obligatoire ne pouvait déployer ses effets dès la naissance de l'enfant jusqu'à son décès, A._____ SA ne pouvait pas être tenue de s'acquitter de cette facture et qu'elle n'avait pas qualité pour annoncer l'enfant auprès de l'assurance-invalidité. Ainsi, elle a estimé que l'OAIE n'aurait pas dû déclarer tardive la demande de prestations que A._____ SA avait déposée en mars 2017 au nom de l'enfant mais qu'il aurait dû refuser d'entrer en matière sur celle-ci. Finalement, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens qu'elle concluait désormais à ce que le TAF annule purement et simplement la décision concernant l'enfant rendue le 10 octobre 2017 par l'OAIE (TAF pce 19).

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des assureurs-maladie contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA dans le cadre de litiges ayant trait à la prise en charge de mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales d'un enfant dont les parents sont domiciliés à l'étranger (cf. arrêt du TAF C-222/2018 du 2 juin 2020 consid. 1).

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.4 En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI). Par ailleurs, la recourante a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA).

2.

2.1 Quant à la qualité pour recourir, l'art. 59 LPGA la reconnaît à quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle

soit annulée ou modifiée. L'intérêt digne d'être protégé doit résider dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il peut être factuel ou juridique. Il doit s'agir d'un intérêt propre de la partie recourante (et non pas de l'intérêt d'un tiers ou de la collectivité), d'un intérêt pratique et non pas seulement théorique ou virtuel et d'un intérêt actuel au moment du dépôt du recours. Si l'intérêt au recours disparaît pendant la procédure, le recours devient sans objet et la cause est rayée du rôle (JEAN MÉTRAL, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, art. 59, p. 703 n. 11).

2.2 En l'occurrence, il est constant que la recourante ne s'est acquittée d'aucune avance préalable des frais litigieux au sens de l'art. 70 al. 2 let. a LPGa, disposition prévoyant l'obligation pour l'assurance-maladie d'avancer les prestations dont la prise en charge par l'assurance-invalidité est contestée (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, in : Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, art. 70 n. 15). La prise en charge préalable des prestations est soumise aux conditions qu'il existe (i) un droit à des prestations d'assurances sociales à l'égard de l'assureur-maladie et (ii) un doute sur le débiteur des prestations (ATF 146 V 129 consid. 4.3 s. ; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, op. cit., art. 70 n. 8). Si le droit de l'administré à des prestations de l'assureur tenu de faire l'avance n'existe pas, il n'y a pas matière à prise en charge provisoire selon l'art. 70 al. 2 LPGa (ATF 146 V 129 consid. 4.5 ; 131 V 78 consid. 2 ; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, op. cit., art. 70 n. 8 ; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4^e éd. 2020, art. 70 n. 3). Tel est précisément le cas en l'espèce.

2.3 En effet, la LAMal règle l'assurance obligatoire des soins de manière complète et détaillée. Les dispositions réglementaires concernant l'affiliation, les primes et les prestations sont réglées exclusivement par ladite loi (ATF 124 V 356 consid. 2d ; GEBHARD EUGSTER, in : Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz – Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, art. 5 n. 2). Ainsi, les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère, sont considérés comme une partie intégrante des soins prodigués à la mère ; ils sont donc inclus dans la définition de la maternité au sens de l'art. 1a al. 2 let. c LAMal et sont pris en charge par l'assurance-maladie de la mère (STÉPHANIE PERRENOUD, Les prestations de soins en cas de maternité – analyse des prestations dispensées en Suisse et à l'étranger, 2016, p. 142 ; cf. art. 29 al. 2 let. d LAMal). En revanche, les soins et le séjour à l'hôpital d'un nouveau-

né malade sont des prestations en cas de maladie, dont les coûts incombent à l'assurance-maladie de l'enfant (art. 29 al. 2 let. d LAMal *a contrario* ; ATF 125 V 8 consid. 5 ; STÉPHANIE PERRENOUD, op. cit. p. 142).

Au moment de sa naissance, B. _____ souffrait d'une sévère anémie du nouveau-né, d'une hypoxie intra-utérine sévère, d'un choc septique, d'une entérocolite nécrosante, d'hypoglycémie, des suites d'une aspiration méconiale, d'une thrombozytopenie, d'une hyponatrémie sévère et d'un status epilepticus (cf. annexe à TAF pce 1) nécessitant un séjour aux soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital, de sorte que les coûts occasionnés par les soins et le séjour à l'Hôpital du (...) au (...) août 2015 incombent à l'assurance-maladie obligatoire de l'enfant. Il convient dès lors d'examiner si l'enfant était assurée auprès de A. _____ SA pour les soins en cas de maladie du (...) au (...) août 2015 conformément à la LAMal.

2.4

2.4.1 Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. L'affiliation est individuelle et l'affiliation des parents n'entraîne pas celle de leurs enfants (ATF 143 V 53 consid. 5.1). Il n'y a pas d'affiliation *ex lege* à l'assurance-maladie obligatoire (ATF 125 V 262 consid. 3b) ; l'administré doit faire une demande d'affiliation directement auprès de l'assureur-maladie de son choix (cf. art. 4 LAMal ; GEBHARD EUGSTER, op. cit. art. 3 n. 5). En leur qualité de représentants légaux (art. 304 CC), les parents sont tenus selon la loi d'assurer leurs enfants pour les soins en cas de maladie (art. 3 al. 1 LAMal), en concluant, à leur nom et pour leur compte, un contrat d'assurance avec l'assureur de leur choix (arrêt du TF 9C_660/2007 du 25 avril 2007 consid. 3.2).

Lorsque l'affiliation a lieu dans le délai prévu à l'art. 3 al. 1 LAMal (au plus tard trois mois après la naissance ou la prise de domicile en Suisse), l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1 LAMal). Lorsque l'affiliation a lieu dans le délai précité, l'assurance-maladie rembourse avec effet rétroactif les frais éventuels survenus dès le début de l'affiliation à l'assurance. Puisque les frais éventuels sont remboursés avec effet rétroactif dès l'affiliation à l'assurance, les assurés doivent obligatoirement payer rétroactivement les primes dues depuis le début de l'assurance (GEBHARD EUGSTER, op. cit., art. 5 n. 3).

Si l'intéressé s'assure après le délai de trois mois, l'affiliation est considérée comme tardive et la couverture d'assurance n'est pas rétroactive. Elle commence à déployer ses effets au moment de l'affiliation (art. 5 al. 2 LAMal). Le début de la couverture d'assurance ne peut pas être reporté par un assureur à une date ultérieure ou antérieure sur la base de ses conditions générales d'assurance ou d'un accord avec la personne assurée (arrêt du TFA K 72/05 du 14 août 2006 consid. 2.3). Des lacunes d'assurance peuvent donc en principe survenir, mais en pratique uniquement pour les personnes qui devraient s'affilier pour la première fois à l'assurance-maladie obligatoire (GEBHARD EUGSTER, op. cit. art. 5 n. 6) et les dépenses de soins encourues avant cette date seront donc à la charge de l'assuré (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77, 125). Par ailleurs, en cas d'affiliation tardive, l'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable (art. 5 al. 2 LAMal ; art. 8 al. 1 OAMal).

La couverture d'assurance prend fin automatiquement lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal), notamment avec son décès (GEBHARD EUGSTER, op. cit., art. 5 n. 16).

2.4.2 En l'espèce, B._____ a eu son domicile en Suisse depuis sa naissance le (...) août 2015 jusqu'à son décès le (...) août 2015. Compte tenu du fait que l'enfant a été assurée à l'assurance-maladie obligatoire des soins auprès de A._____ SA uniquement en mars 2017 (cf. Al pce 15), soit plus de trois mois après sa naissance et étant donné que le début de la couverture d'assurance ne pouvait pas être valablement anticipé sur la base d'un accord entre A._____ SA et les parents, l'affiliation rétroactive de l'enfant à l'assurance-maladie obligatoire des soins pour la période du (...) au (...) août 2015 effectuée par A._____ SA en date du 13 mars 2017 est contraire à la LAMal et ne peut donc déployer ses effets ni rétroactivement, ni pour l'avenir en raison du décès de l'enfant en date du (...) août 2015 (cf. Al pce 15). A défaut de contrat, B._____ n'était au bénéfice d'aucune couverture d'assurance obligatoire des soins, de sorte que la recourante ne pouvait pas être tenue, à ce titre, de prendre en charge les frais médicaux occasionnés par le traitement et le séjour hospitaliers de l'enfant. Dans ces circonstances, la recourante ne justifie d'aucun intérêt à l'annulation de la décision attaquée, de sorte qu'elle n'a pas qualité pour recourir contre celle-ci. Partant, le recours doit être déclaré irrecevable.

2.4.3 Au surplus, le Tribunal note que A._____ SA, ayant eu connaissance des faits particuliers du cas d'espèce, a néanmoins établi en date

du 13 mars 2017 une police d'assurance pour B. _____ valable dès le (...) août 2015 (AI pces 15 ; 16 ; 20 p. 2). La question de savoir si et dans quelle mesure A. _____ SA s'est engagée vis-à-vis des parents à prendre en charge les coûts occasionnés par le traitement des infirmités congénitales ch. 321, 495, 497 et 498 OIC de l'enfant pour la période du (...) au (...) août 2015 ne fait pas partie de l'objet du litige et ne relève donc pas de la présente cause.

3.

3.1 A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

3.2 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 1'000.-, sont mis à la charge de A. _____ SA et sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (cf. TAF pces 3 ; 5 ; 6).

3.3 Conformément à l'art. 7 al. 1 *a contrario* FITAF, la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu en l'occurrence l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens à la recourante. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est irrecevable.

2.

Les frais de procédure de 1'000.- francs sont mis à la charge de la recourante et sont compensés par l'avance de frais de même montant versée en cours de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :