



Cour III
C-6414/2019

Arrêt du 4 octobre 2022

Composition

Caroline Bissegger, juge unique,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A._____, (France),
représentée par Maître Jean-Emmanuel Rossel, avocat à
Morges,
recourante,

contre

Institution commune LAMal,
autorité inférieure.

Objet

Assurance maladie, exemption de l'obligation de s'assurer
en Suisse à l'AOS (décision sur opposition du 4 novembre
2019).

Faits :**A.**

Née en 1938, A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée, l'intéressée) est au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'assurance vieillesse et survivants depuis 2002.

A.a Le 30 novembre 2014, elle a annoncé son départ de la Suisse pour la France (TAF pce 4 annexes 3 et 7). Dans ce contexte, elle s'est affiliée auprès de B._____, Société du Groupe C._____ (ci-après : B._____), de manière à bénéficier de la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, concluant une police portant la motion « Union Européenne » (TAF pce 1 annexes 4 et 6 ainsi que pce 4 annexes 3 et 7). Dans un formulaire européen E121 complété en décembre 2014, Intras a attesté – à l'intention de la Caisse primaire d'assurance-maladie (ci-après : CPAM) du lieu de résidence de l'assurée – assumer la charge des coûts des prestations à servir dans le pays de résidence (TAF pce 4 annexe 3).

A.b Le 11 avril 2016, l'intéressée a déposé auprès de l'Institution commune LAMal (ci-après : autorité précédente ou inférieure, Institution commune) une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse en qualité de rentière domiciliée en France (TAF pce 4 annexe 2). A l'appui de cette demande, elle a confirmé être admise au régime d'assurance maladie français, produisant une « attestation de droits à l'assurance maladie » valable dès le 31 mars 2016 et établie par la CPAM sur la base du « code de gestion 70 » (TAF pce 1 annexe 4).

Par décision du 5 juillet 2016, l'Institution commune a exempté l'assurée de l'obligation de s'affilier à l'assurance maladie suisse, considérant que celle-ci était légalement assurée en France (TAF pce 1 annexe 5). Cela étant, par correspondance du 16 juillet 2016, B._____ a confirmé la résiliation dès le 31 juillet 2016 de la police d'assurance obligatoire de l'intéressée (TAF pce 1 annexe 6 et pce 4 annexe 5).

B.

Dans un formulaire E108 complété en octobre 2017 à l'intention de l'institution du lieu de résidence de l'intéressée, B._____ a communiqué avoir cessé d'assurer cette dernière depuis le 31 juillet 2016, suite à la décision d'exemption du 5 juillet 2016 (TAF pce 4 annexe 5). Par correspondance du 26 octobre 2017, la CPAM a retourné à B._____ ce formulaire sans le valider en raison du fait que l'assurée ne bénéficiait pas du régime d'assurance obligatoire français (TAF pce 4 annexe 6). Aussi B._____ a-t-

elle réaffilié l'assurée au 1^{er} mai 2019 et lui a adressé les décomptes de primes correspondants (TAF pce 1 annexe 7). Par correspondance du 16 juillet 2019, la CPAM a informé que les droits de l'assurée étaient ouverts auprès de son organisme au 10 décembre 2014 au titre du formulaire E121 datant du 12 décembre 2014, précisant que l'« attestation de droits envoyée ne donne aucune exemption auprès de la Suisse » (TAF pce 4 annexe 8).

Par décision du 13 août 2019, confirmée le 4 novembre 2019 sur opposition, l'Institution commune a annulé sa décision d'exemption du 5 juillet 2016 et a rejeté la demande d'exemption à l'obligation de s'affilier à l'assurance maladie suisse déposée par l'assurée (TAF pce 4 annexes 10 à 12).

C.

En date du 4 décembre 2019, l'assurée a interjeté recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant à son annulation et à ce que soit maintenue l'exemption de l'obligation d'assurance en Suisse (TAF pce 1 et 2).

L'Institution commune conclut pour sa part au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 4)

L'échange d'écritures a été clôturé après que les parties aient persisté dans leurs conclusions respectives (TAF pces 13 ss).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 31 ss LTAF ; art. 7 PA).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la LTAF, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et les art. 18 al. 2bis et 90a al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), connaît des recours interjetés contre les décisions selon l'art. 5 PA prises par l'Institution commune LAMal en matière d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse.

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.

En vertu de 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. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal ne déroge expressément à la LPGA.

1.4 En l'occurrence, le recours a été déposé devant l'autorité compétente, en temps utile et dans les formes requises par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir (art. 60 LPGA et 48 ss PA). Il est donc recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2.

2.1 Devant le Tribunal administratif fédéral, la recourante peut invoquer a) la violation du droit fédéral y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation; b) la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents, et c) l'inopportunité (art. 49 PA; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 177 ss; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, n° 2.149 ss; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, Vol. III, 2011, p. 782). Cela étant, le Tribunal de céans fait preuve de retenue dans son examen lorsqu'il estime que le législateur a voulu laisser une marge d'appréciation, notamment technique, à l'autorité inférieure (THIERRY TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n° 522; ATAF 2009/35 consid. 4; ATF 133 II 35 consid. 3).

2.2 La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Moor/Poltier, op. cit., p. 300 s.; Jacques Dubey / Jean-Baptiste Zufferey, Droit administratif général, 2014, n° 1934 ss). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER / MARTIN BERTSCHI, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e éd. 2013, n. 685 ss).

3.

Au plan formel, la recourante se plaint d'une violation de ses droits d'être entendue, dans la mesure où l'autorité précédente, d'une part, a rendu sa décision initiale sans l'avoir interpellée et, d'autre part, a fondé la décision attaquée sur une prise de position de la CPAM du 16 juillet 2019 ne lui ayant pas été communiquée.

Ce grief doit être rejeté. Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst., le droit d'être entendu garantit certes à l'administré le droit de s'exprimer sur tous les éléments pertinents avant qu'une décision touchant sa situation juridique ne soit rendue, d'avoir accès au dossier et de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos (ATF 141 V 557 consid. 3.1 ; 139 II 489 consid. 3.3 ; 139 I 189 consid. 3.2 ; 138 I 484 consid. 2.1 ; 138 I 154 consid. 2.3.3 ; 137 I 195 consid. 2.3.1). Ainsi, l'autorité qui envisage de fonder sa décision sur de nouvelles pièces est en principe tenue d'en aviser les parties et de les inviter à s'exprimer à leur sujet sous peine de violer leur droit d'être entendu (ATF 124 II 132 consid. 2b) ; à teneur des art. 30 al. 2 let. b PA et 42 LPGA, elle n'est toutefois pas tenue d'interpeller les parties avant de prendre une décision susceptible d'être frappée d'opposition. Or, tel est le cas en l'espèce, de sorte que l'on ne saurait reprocher à l'institution commune de ne pas avoir interpellé la recourante avant de notifier sa décision du 13 août 2019. Au surplus, dans la mesure où l'autorité précédente a procédé à la reconsidération de sa décision du 5 juillet 2016 et s'est par conséquent fondée sur les faits existant à cette époque (cf. consid. 5.4 ci-dessous), on ne voit pas que des éléments pertinents n'aient à tort pas été communiqués à la recourante, quoiqu'elle en dise. En particulier, la prise de position de la CPAM du 16 juillet 2019 à laquelle fait référence cette dernière n'apporte aucun élément nouveau ou inconnu de la recourante. Vu le plein pouvoir d'examen dont dispose la cour de céans (consid. 2.1 ci-avant), la violation invoquée des droits d'être entendus – compte tenu de son peu de gravité – devrait quoiqu'il en soit être tenue pour réparée, la partie recourante ayant eu tout le loisir de discuter des pièces au dossier en instance de recours (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2).

4.

Le litige porte sur l'affiliation de la recourante à l'assurance obligatoire suisse des soins (AOS). Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'autorité précédente était fondée à reconsidérer sa décision du 5 juillet 2016 dans le sens d'un rejet de la demande de l'intéressée à être exemptée de l'obligation de s'assurer en Suisse.

5.

La cause présente un élément d'extranéité dans la mesure où la décision attaquée a pour effet de soumettre à l'assurance obligatoire suisse une ressortissante française domiciliée en France. Il en résulte que l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681) s'applique en l'espèce, avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (ATF 133 V 265 consid. 4.2.1 ; ATF 128 V 315 consid. 1b/aa). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (règlement no 883/2004 ; RS 0.831.109.268.1).

5.1 Le titre II du règlement no 883/2004 comprend des règles qui permettent de déterminer la législation nationale applicable en matière de sécurité sociale. Ainsi, l'art. 11 par. 1 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable, selon lequel les personnes auxquelles le règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre, définie en fonction des prescriptions contenues aux art. 11 ss (ATF 135 V 339, consid. 4). Selon la règle de l'art. 11 par. 3 let. e du règlement no 883/2004, les personnes sont en principe soumises à la législation de l'Etat membre de résidence.

5.2 Ce principe peut être assorti d'exceptions. Le titre III du règlement n° 883/2004 contient ainsi des règles de conflit pour des situations spéciales dans des branches particulières du système de la sécurité sociale, singulièrement, au chapitre 1 (art. 17 à 35) en ce qui concerne les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées. A la différence du titre II, il s'agit de dispositions ponctuelles concernant une branche particulière de la sécurité sociale ou un domaine particulier du droit (ATF 146 V 152 consid. 4.2.2.1; 146 V 290 consid. 3.2. et les références). Aux art. 23 ss, le règlement n° 883/2004 prévoit des règles de coordination de droit communautaire dans le sens décrit ci-avant en ce qui concerne le droit aux prestations en nature en cas de maladie des titulaires de pension et des membres de leur famille (ATF 144 V 127 consid. 4.2.2.2) ; pour les rentiers, elles définissent aussi à titre préjudiciel les règles applicables concernant l'obligation d'assurance (GEBHARD EUGSTER, in *Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 3e éd. 2016, p. 443 s. n° 116; cf. ATF 146 V 290 consid. 3.3.2 ; cf. TF 9C_263/2021 consid. 5.2.1, 5.1.3 et les réf. cit).

Selon l'art. 23 du règlement n° 883/2004, la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation de deux ou plusieurs Etats membres, dont l'un est l'Etat de résidence, et qui a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet Etat membre, bénéficie, tout comme les membres de sa famille, de ces prestations en nature servies par et pour le compte de l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé n'avait droit à la pension qu'en vertu de la législation de cet Etat membre. L'art. 24 du règlement n° 883/2004 règle la situation dans laquelle les titulaires de la pension n'ont pas de droit originaire à des prestations en nature en cas de maladie dans l'Etat de résidence faute d'un rapport suffisant avec le système des rentes de l'Etat de résidence. Lorsqu'une seule rente est perçue, la charge des prestations en cas de maladie incombe à l'institution compétente de l'Etat qui alloue la rente. Les rentiers ont alors un droit à l'entraide visant à faciliter l'accès aux soins et aux prestations en nature à l'encontre de l'institution de l'Etat de résidence (ATF 144 V 127 consid. 4.2.2.2 et la référence). Il résulte ainsi de l'articulation des art. 23 et 24 du règlement n° 883/2004 que le droit européen établit une distinction au sein des personnes au bénéfice de pensions, selon qu'elles disposent ou non d'un droit originaire à des prestations en nature en cas de maladie dans l'Etat de résidence, lequel dépend lui-même de l'existence d'un rapport suffisant avec le système des pensions de cet Etat (cf. TF 9C_263/2021 consid. 5.1.3 et les réf. cit). Même si cela ne découle pas directement de la lettre de la disposition, l'art. 24 par. 1 et par. 2 let. a du règlement n° 883/2004 comprend ainsi une règle de conflit, qui prévoit une obligation de s'assurer à l'assurance-maladie avec obligation de cotiser dans l'Etat qui verse la rente (cf. ATF 146 V 290 consid. 3.3.2).

5.3 En complément de la réglementation précitée, l'annexe XI du Règlement n° 883/2004 (Suisse, ch. 3, let. a, ch. ii et let. b) prévoit que les personnes pour lesquelles la Suisse assumera la charge des prestations en vertu des art. 24, 25 et 26 du règlement peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie. Cette demande – appelée « droit d'option » – doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ; lorsque, dans des cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption entre en vigueur dès le début de l'assujettissement à l'obligation d'assurance (let. aa).

Le droit suisse a été adapté pour tenir compte du droit d'option instauré par la réglementation européenne. Selon l'art. 2 al. 6 de l'ordonnance du 27

juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) - disposition qui doit être lue en corrélation avec les art. 3 al. 3 let. a LAMal et 1 al. 2 let. d OAMal -, sont, sur requête, exceptées de l'obligation de s'assurer en Suisse les personnes qui résident dans un État membre de l'UE, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie (cf. ATF 147 V 402 consid. 4.3 ; cf. également ATF 147 V 387 et 142 V 192).

S'agissant des modalités d'exercice du droit d'option, la jurisprudence précise que l'assuré doit en principe l'exercer dans les trois mois qui suivent son départ pour l'étranger (cf. ATF 136 V 295 consid. 2.3.3 ; TF 9C_801/2014 du 10 mars 2015 consid. 3.3 ; pour les modalités actuelles d'exercice du droit d'option avec la France, cf. ATF 147 V 402 consid. 4.2). Un dépassement des délais peut être considéré comme « justifié » dans certains cas (cf. TF 9C_561/2016 du 27 mars 2017 consid. 5.2). La notion de cas « justifié » laisse une grande marge d'interprétation aux autorités administratives et judiciaires (cf. TAF C-5359/2017 du 6 décembre 2018 consid. 7.3 et les réf. cit.). Selon la jurisprudence, si l'assuré a été empêché de faire valoir son droit d'option en raison d'un manque d'information, il doit se voir accorder la possibilité de l'exercer même après l'expiration du délai de trois mois (ATF 136 V 295 consid. 5.8-5.10 ; cf. également TF 9C_1040/2009 du 7 décembre 2010 et TAF C-5183/2019 du 8 novembre 2021 consid. 8.3.2). En particulier, l'assuré doit être informé sur l'existence du droit d'option et sur la manière de l'exercer (cf. TF 9C_531/2019 du 17 février 2020 consid. 6.2). Lorsqu'un assuré se voit octroyer un nouveau délai pour faire valoir son droit d'option en raison d'une information tardive, l'important est qu'il puisse rapidement choisir le régime d'assurance auquel il entendait se soumettre et que les différentes autorités entérinent ce choix (cf. arrêt du TF 9C_561/2016 consid. 5.2). L'obligation d'informer l'assuré sur son droit d'option incombe aux assureurs et aux cantons (cf. art. 6a al. 1 let. c LAMal et art. 7b OAMal ; cf. également TF 9C_531/2019 consid. 6.2 et du TAF C-5359/2017 consid. 7.4).

5.4 Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en

vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 2.2).

Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (TF 9C_308/2018 précité consid. 2.2).

6.

En l'occurrence, l'autorité précédente considère que sa décision du 5 juillet 2016 mérite d'être reconsidérée puisqu'elle retenait à tort et sur la base de « fausses suppositions » que la recourante était affiliée en France au régime obligatoire de base d'assurance maladie. Tel n'étant pas le cas, la demande d'exemption formulée par cette dernière, au demeurant tardive, doit être rejetée.

Expliquant de son côté être assurée en France, l'intéressée reproche à l'autorité précédente d'avoir considéré sans aucun motif que l'exemption accordée en 2016 ne se justifiait plus.

6.1 On ne saurait suivre la recourante. Pour exempter l'assurée de l'obligation de s'affilier à l'assurance maladie suisse, l'Institution commune s'est en effet référée à l'« attestation de droits à l'assurance maladie » valable

dès le 31 mars 2016 et établie à cette époque par la CPAM. Comme l'observe à juste titre l'autorité précédente, cette attestation repose toutefois sur le code de gestion 70, qui désigne dans le régime de sécurité sociale français les couvertures d'assurance fondées sur des conventions internationales. Ainsi, au moment de sa demande d'exemption de l'obligation de s'affilier à l'AOS, la recourante ne bénéficiait pas d'affiliation au régime français d'assurance mais tombait sous le coup des règles d'entraide mises en place par les art. 23 ss du règlement n° 883/2004 et visant à faciliter l'accès aux soins aux personnes restant assurées en Suisse. Cela ressort d'ailleurs également du formulaire E121 établissant les droits en vigueur à ce moment-là, qui se destine précisément aux titulaires de pensions cherchant à bénéficier dans leur Etat de résidence des prestations en nature de l'assurance maladie servies pour le compte de l'Etat membre débiteur de la pension (entre autres : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-im-Ausland/Behandlungen-im-Ausland-fuer-Versicherte-mit-Wohnsitz-im-Ausland.html>). Un tel régime d'assurance ne saurait toutefois suffire à fonder une exemption à l'AOS puisqu'il suppose précisément une affiliation à l'assurance maladie obligatoire en Suisse. Bien plutôt, l'art. L 380-3-1 du Code de la sécurité sociale français – dans sa version en vigueur au moment de la décision d'exemption du 5 juillet 2016 – impose aux résidents français titulaires de rentes suisses de se soumettre au régime général de l'assurance maladie (CMU) lorsqu'ils n'entendent pas être affiliés au régime suisse de la LAMal. Or l'attestation de CPAM produite à l'appui de la demande d'exemption de la recourante ne correspond pas à une affiliation à un tel régime et ne saurait dès lors justifier une exemption (cf. dans ce contexte ATF 142 V 192 consid. 5.4)

6.2 Ainsi, faisant une appréciation insoutenable des preuves à sa disposition, l'autorité a libéré l'assurée de l'obligation de s'assurer en Suisse sans disposer de la preuve d'une affiliation en France. S'agissant là d'une condition à l'exemption, sa décision de juillet 2016 est sans aucun doute erronée et, partant, sujette à reconsidération conformément à l'art. 53 al. 2 LPG. Etant par ailleurs établi que l'assurée ne peut toujours pas se prévaloir d'une affiliation à la CMU française, l'autorité précédente a à bon droit rejeté la demande d'exemption de la recourante. Comme le retient l'Institution commune, cette demande apparaît au demeurant tardive puisqu'elle a été déposée près d'un an et demi après le départ de l'assurée pour la France. Or, cette dernière avait manifestement été informée de l'existence du droit d'option et sur la manière de l'exercer puisqu'elle a pré-

cisément entrepris les démarches pour maintenir sa couverture d'assurance en Suisse. Pour le surplus, il faut admettre – à l'inverse de ce que soutient la recourante – que l'annulation, par voie de reconsidération, de la décision d'exemption rendue le 5 juillet 2016 rétroagit à cette date. Comme l'exprime l'Institution commune, il existe en revanche un droit à la réduction des primes pour les personnes de condition modeste, les arguments de la recourante relatifs à la charge financière d'une affiliation rétroactive n'apparaissant ainsi pas pertinents dans le cas d'espèce.

6.3 Dans ces conditions, la décision attaquée doit être confirmée et le recours, manifestement infondé, rejeté dans une procédure à juge unique (cf. art. 85bis al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS; RS 831.10] en relation avec l'art. 18 al. 8 LAMal).

7.

Il n'est pas perçu de frais de procédure, celle-ci étant gratuite (art. 85^{bis} al. 2 LAVS en relation avec l'art. 18 al. 8 LAMal). Vu l'issue de la cause, il n'est pas non plus alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA; art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF; RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est ni perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral de la santé publique.

La juge unique :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

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 :

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (acte judiciaire)
- à l'OFSP (recommandé)