RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2100/2020 **ATAS/762/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 juillet 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, _____, à GENÈVE	recourant

contre

CONCORDIA, Assurance suisse de maladie et accidents SA, sise Bundesplatz 15, LUCERNE	intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1965, ressortissant tunisien, s'est marié le 8 février 2015 à Sfax/Tunisie avec Madame B_____ née C_____ (ci-après : l'épouse ou l'intéressée), d'origine tunisienne naturalisée suisse en 1996. Il est arrivé à Genève le 21 novembre 2015, au bénéfice d'un permis B – regroupement familial - délivré le 19 janvier 2016 (transformé en permis C le 15 janvier 2021).

2. Le 28 janvier 2016, l'épouse de l'assuré a signé au nom et pour le compte de son mari une proposition d'assurance LAMal, assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS), selon le modèle HMO, avec couverture accident et franchise de CHF 1'000.- pour une prime mensuelle de CHF 413.20 dès février 2016, auprès de CONCORDIA (ci-après : l'assureur-maladie ou l'intimée). Ce document mentionnait notamment que le précédent assureur-maladie était HELSANA, et le compte bancaire de « Mme B_____ » pour le versement des remboursements; le paiement des primes était mensuel et par bulletin de versement. Par sa signature, l'épouse confirmait avoir reçu et accepter dans leur intégralité les règlements suivants : - règlement « Assurance obligatoire des soins »; - règlements complémentaires « Assurances de santé HMO » et « Conditions particulières d'assurance (CPA) pour les assurances complémentaires des assurés HMO ».

   Toutefois, il ressort notamment du dossier de l'assureur-maladie :

   - que la proposition d'assurance, visée par le siège principal de l'assureur-maladie le 29 février 2016, avait été rectifiée par la suite (vraisemblablement le 29 février 2016) quant à sa date d'entrée en vigueur, soit au 1er janvier 2017, par la personne qui a traité le dossier, cette information (affiliation de l'assuré dès le 1er janvier 2017) ayant été communiquée à HELSANA par courrier de CONCORDIA du 29 février 2016;
   - il ressort toutefois d'un courriel interne à l'assurance-maladie du 5 avril 2016 de Madame D_____, conseillère à la clientèle de CONCORDIA Genève, que selon le titre de séjour de l'assuré, celui-ci était arrivé à Genève en date du 21 novembre 2015, de sorte que la destinataire de ce courriel était invitée à faire le nécessaire afin d'enregistrer la date d'affiliation de l'assuré au 1er janvier 2016, comme cela était indiqué par le courtier et non pas comme cela avait été corrigé par la personne qui avait traité cette demande;
   - selon un courriel d'une assistante KAM Clientèle Privée de CONCORDIA Lausanne, le centre d'enregistrement des assurés était invité à enregistrer ce client avec les bonnes dates d'effet, car le courtier s'était trompé en indiquant que ce client venait d'HELSANA;
   - le 11 avril 2016, l'assureur-maladie a adressé à l'épouse de l'assuré deux polices d'assurance LAMal AOS HMO pour son mari (Votre assureur : CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA) : - la première avec entrée en vigueur au 1er novembre 2015 (« remplace toute version antérieure ») pour un

montant de prime mensuelle de CHF 382.20; - la seconde avec entrée en vigueur le 1er janvier 2016 (« remplace toute version antérieure ») pour une prime mensuelle totale de CHF 413.20;

- le 1er octobre 2016, l'assureur-maladie a adressé à l'épouse de l'assuré une nouvelle police d'assurance LAMal AOS HMO pour son mari avec entrée en vigueur au 1er janvier 2017 (« remplace toute version antérieure ») pour un montant de prime mensuelle LAMal de CHF 438.95, mais à la différence des précédentes, cette police d'assurance comportait deux pages, et sur la seconde figuraient, en plus, trois assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), (Votre assureur : CONCORDIA Assurances SA), pour une prime totale de CHF 37.25; la prime mensuelle totale (LAMal + LCA) était portée à CHF 476.20;
- le 2 mai 2017, l'assureur-maladie a adressé à l'épouse de l'assuré une nouvelle police d'assurance LAMal AOS HMO pour son mari avec entrée en vigueur au 1er juillet 2017 (« remplace toute version antérieure ») pour un montant de prime mensuelle LAMal de CHF 438.95. La seconde page (assurances complémentaires) n'y figurait plus;
- les polices d'assurance annuelle pour 2018 à 2020 ont respectivement été adressées à la même destinataire, les 30 septembre 2017, 29 septembre 2018 et 28 septembre 2019 avec entrée en vigueur au 1er janvier de l'année suivante, le montant des primes étant adapté.

  Ces polices mentionnaient toutes en bas de page que les éventuelles réductions de prime de la part de la Confédération/du canton n'étaient pas prises en compte. Les contributions au titre de la réduction des primes figuraient sur le décompte de prime et y étaient directement déduites; de plus amples informations sur ce sujet étaient disponibles sur le site Internet de l'assureur. Figurait en outre l'indication suivante : « Veuillez nous annoncer immédiatement si la teneur de la police ou de ses avenants ne concordent pas avec les conventions établies avec nous. Si la rectification n'a pas été demandée dans les quatre semaines à partir de la réception de la police resp. de ses avenants, la teneur en est réputée acceptée par vous ».

3. Les primes de novembre 2019 à février 2020 n'ont pas été réglées. L'assureur-maladie a dès lors dû engager la procédure d'usage (rappels, sommations, et enfin notification d'un commandement de payer, poursuite N° 1_____), pour les sommes de CHF 1'203.70 plus intérêt à 5 % dès le 8 décembre 2019 pour les primes LAMal de novembre 2019 à février 2020; CHF 180.- de frais d'administration et sommation, ainsi que les frais de poursuite. La débitrice y a formé opposition le 18 mai 2020.

4. Par décision du 17 juin 2020 intitulée « Arriéré concernant l'assurance selon la LAMal – B_____ », - notifiée à l'épouse de l'assuré le 23 juin 2020 par courrier A+ -, CONCORDIA a levé l'opposition formée au commandement de payer

susmentionné : selon l'article 20.1 du Règlement de l'Assurance obligatoire des soins, l'assuré était tenu de s'acquitter de ses primes, qu'il soit en bonne santé ou malade. Les primes et participations aux frais étaient exigibles à l'avance le premier de chaque mois. Depuis plusieurs mois, l'intéressée avait du retard dans leur paiement et les rappels étaient restés sans effet. Cependant, dans la procédure de poursuite N° 1_____, elle avait fait opposition; suivait un décompte des sommes dues selon la poursuite. Au vu de ce qui précédait, l'assureur-maladie levait l'opposition formée à la poursuite concernée auprès de l'office des poursuites de Genève. Cette décision valait décision au sens de l'art. 49 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Elle indiquait en outre que cette décision entrerait en force de chose jugée si elle n'était pas attaquée par voie d'opposition dans les trente jours de sa notification. Le délai légal ne pouvait pas être prolongé. Une opposition devait être faite par écrit ou par entretien personnel auprès du siège principal de la CONCORDIA, Hauptsitz Luzern Bundesplatz 15, 6002 Luzern, avec indication des motifs.

5. Par courrier recommandé du 2 juillet 2020, l'épouse de l'assuré a saisi le Tribunal arbitral en matière d'assurance maladie et accident de Fribourg : elle expliquait en substance avoir eu, le 24 juin 2020, un entretien téléphonique avec l'office des poursuites de Genève, (ayant formé opposition « à leur recommandé »); son interlocuteur l'avait informée qu'une saisie allait être faite sur son salaire concernant l'assurance-maladie. Elle avait rappelé à ce dernier tout l'historique du litige et conclu qu'il n'était pas cohérent de procéder de la sorte, se demandant comment faire pour en finir une fois pour toutes; son interlocuteur lui avait donné les coordonnées de la juridiction à laquelle elle s'adressait. Elle a expliqué en substance qu'à peine arrivé en Suisse, son mari, le 28 janvier 2016, avait ouvert la porte « à deux colporteurs représentant soi-disant la CONCORDIA; il les avait envoyés à son épouse sur son lieu de travail où elle n'était que partiellement disponible. Ils lui avaient donné quelques explications puis ils lui avaient soumis une proposition d'assurance à signer. Elle leur avait fait confiance. Elle précisait en outre qu'il n'avait jamais été question d'assurances complémentaires. Ils ne lui avaient laissé ni carte de visite, ni document. Elle n'avait jamais reçu de contrat. Elle annexait à son courrier la copie de lettres montrant, selon elle, l'historique du problème. Il y avait eu d'emblée une telle confusion à l'agence de Genève que, dans l'impossibilité manifeste d'avoir confiance en cette assurance, elle avait adressé sous pli recommandé à la direction de Lucerne, en date du 21 avril 2016, une demande d'annulation de cet hypothétique contrat qui, en fait, selon elle, n'avait jamais existé; curieusement, par pli du 29 avril 2016, l'agence de Genève lui avait communiqué qu'elle refusait l'annulation du contrat. Durant le temps écoulé, sans contrat malgré les multiples rappels, son mari ne pouvait pas rester sans assurance-maladie, et elle avait donc signé un contrat en bonne et due forme auprès de l'assurance SUPRA. Elle avait retourné les factures, les cartes d'assuré ainsi que la correspondance de l'assurance-maladie à la direction de Lucerne sans en avoir gardé de copies. Aucune prestation n'avait été versée par cette assurance. En

revanche, CONCORDIA recevait les subsides cantonaux pour un dossier « fantôme ». À cause de toute cette histoire, elle était mise sous poursuites avec maintenant une saisie sur salaire. Elle priait la juridiction de bien vouloir examiner son cas et considérer le peu de sérieux avec lequel ce dossier avait été traité par la collaboratrice qui en avait la charge à cette époque.

6. Par courrier recommandé du 3 juillet 2020, le Tribunal cantonal de Fribourg a transmis le courrier susmentionné et ses annexes ainsi que l'enveloppe originale à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève comme objet de son éventuelle compétence, l'expéditrice étant clairement domiciliée à Genève.

7. Par courrier du 8 juillet 2020, la vice-présidente de la chambre de céans a interpellé l'intéressée en l'informant de la transmission de son courrier à cette juridiction par le Tribunal cantonal de Fribourg. À lecture de son courrier, on ne parvenait pas à comprendre quelles démarches elle souhaitait entreprendre. Un délai lui était dès lors imparti pour préciser ses conclusions, et notamment indiquer s'il s'agissait d'un litige en matière d'assurance-maladie obligatoire ou d'assurances complémentaires.

8. Par courrier du 13 juillet 2020, l'intéressée a rappelé, en substance, les circonstances dans lesquelles la proposition d'assurance-maladie obligatoire « uniquement » avait été signée, et les difficultés qu'elle avait rencontrées avec la gestionnaire du dossier auprès de l'assureur-maladie, ayant finalement abouti à sa décision de demander l'annulation immédiate et avec effet rétroactif de cet hypothétique contrat; demande d'annulation refusée par l'assureur-maladie. Elle invitait la juridiction à tenir compte des sérieux désagréments encourus depuis 2016 à ce jour et l'invitait à « trouver une solution ».

9. Par courrier du 14 juillet 2020, la greffière de la juridiction a sollicité de l'intéressée la copie de la décision contre laquelle elle entendait recourir, afin de pouvoir statuer.

10. L'intéressée a répondu par courrier du 16 juillet 2020. En substance, elle rappelait que lorsqu'elle avait signé la proposition d'assurance, celle-ci ne concernait que son mari, lequel était toujours à sa charge, faute d'avoir trouvé un emploi fixe, raison pour laquelle elle écrivait et signait toujours pour lui. Les démarcheurs ne s'étaient à aucun moment inquiétés de l'état de santé de son mari ni n'avaient demandé les coordonnées du médecin traitant, ce qui pour elle représentait une preuve de plus qu'il n'était pas question d'assurances complémentaires. Elle désirait recourir contre les poursuites d'une part, et contre la récente décision du 9 juin 2020 relative à la saisie de son salaire, contre laquelle elle avait fait opposition. Elle annexait notamment à son courrier un avis de saisie de l'office des poursuites du 9 juin 2020.

11. L'intimée s'est déterminée au sujet du « recours » par courrier du 1er septembre 2020. Le litige relevait de l'AOS. « Dans le dossier de l'intéressée », CONCORDIA n'avait rendu aucune décision sur opposition. Pour ces deux raisons, la chambre de céans était incompétente pour connaître de ce litige, du moins à ce stade. En revanche, l'intimée avait fait notifier une décision formelle, que l'intéressée avait

reçu le 23 juin 2020. Les courriers qu'elle avait écrits les 2 et 13 juillet 2020 devaient donc être considérés comme une opposition intervenue dans le délai utile. Conformément à la LAMal et à la LPGA, il appartenait à l'assureur-maladie d'y donner la suite qui convenait.

12. Par courrier du 2 septembre 2020, la chambre de céans a accusé réception de la détermination de l'intimée. En substance, la détermination de l'assureur-maladie du 1er septembre 2020 concernait apparemment exclusivement l'intéressée, aucune référence n'étant faite à son mari. L'intimée indiquait en effet ne jamais avoir rendu aucune décision sur opposition la concernant, mais lui avoir fait notifier une décision formelle : il eut été judicieux que l'intimée annexât à son courrier à tout le moins une copie de sa décision formelle. Le courrier de l'intimée du 1er septembre 2020 ne pouvait donc être considéré comme une détermination sur le recours, d'autant qu'il était également demandé de sa part la production de son dossier. Un nouveau délai lui était imparti pour qu'elle se détermine de manière détaillée, en communiquant copie de son dossier.

13. L'assureur-maladie s'est déterminé par courrier du 14 septembre 2020 : il persistait à considérer que la chambre de céans était incompétente pour connaître de ce litige, du moins à ce stade. Il confirmait que l'intéressée agissait pour le compte de son époux, lequel était affilié auprès de CONCORDIA pour l'AOS et n'était preneur d'aucune assurance complémentaire. D'un point de vue formel, des poursuites avaient été introduites et seules des décisions sujettes à opposition avaient été rendues. Certaines étaient entrée en force. Seule la voie de l'opposition était ouverte contre elles. La voie du recours ne l'était pas (art. 56 LPGA a contrario). Sur le fond, il s'agissait de primes de l'AOS impayées dont l'assureur-maladie poursuivait le recouvrement. S'agissant d'assurance-maladie obligatoire, les primes entraient dans les besoins courants de la famille, de sorte que l'épouse de l'assuré en répondait solidairement. Avant que la chambre de céans ne lui transmette la lettre de l'intéressée, CONCORDIA n'avait connaissance d'aucune opposition.

14. La chambre de céans ayant invité l'intéressée à se déterminer dans le cadre d'une réplique, celle-ci l'a fait dans un courrier du 26 octobre 2020, adressé au nom des deux époux et signé par les deux. En substance, ils s'en rapportaient à justice sur la question de la compétence de la chambre de céans, en faisant néanmoins valoir qu'il fallait considérer le dossier dans son ensemble et non seulement pour ce qui était des primes impayées, dès lors qu'ils avaient sollicité l'annulation de la police litigieuse, étant donné que trois mois après avoir signé la proposition d'assurance, ils n'avaient toujours pas reçu de contrat.

15. L'intimée s'est déterminée par courrier du 11 décembre 2020. Il ressortait des déclarations convergentes des parties que le litige ne portait pas sur l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance obligatoire des soins selon la LCA, mais uniquement sur l'AOS selon la LAMal. Elle réitérait ses conclusions, en ce sens que la saisine directe de la chambre de céans n'était pas possible avant que n'ait été

rendue une décision sur opposition. Elle persistait donc à considérer que la chambre de céans n'étant pas compétente, le recours était irrecevable.

16. L'intéressée a encore communiqué à la chambre de céans copie d'un courrier qu'elle adressait le 5 février 2021 à SUPRA : en substance, elle rappelait à cette assurance-maladie qu'elle avait, en avril 2016, demandé à CONCORDIA « d'annuler l'hypothétique contrat (proposition signée le 28 janvier 2016) », raison pour laquelle une proposition d'assurance de base pour son époux avait été sollicitée (*auprès de SUPRA*) en mai 2016. Dans l'état actuel, elle craignait que son mari ne soit soudain plus couvert par aucune assurance de sorte qu'elle invitait SUPRA à ne pas suspendre son adhésion à leur compagnie, pour laquelle elle continuait de payer les primes mensuelles, sans le subside cantonal, étant donné que celui-ci avait été régulièrement versé à CONCORDIA.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

2. Selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la présente loi ou la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie du 26 septembre 2014 (LSAMal - RS 832.12) ne dérogent expressément à la LPGA.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. Aux termes de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (al. 3).

   En l'espèce, par courrier recommandé du 2 juillet 2020, l'épouse de l'assuré a saisi le Tribunal arbitral en matière d'assurance maladie et accident de Fribourg : en substance, ayant formé opposition à un commandement de payer qui lui avait été notifié par l'assurance-maladie de son époux, elle contestait que désormais elle soit saisie sur son salaire. Par courrier recommandé du 3 juillet 2020, le Tribunal cantonal de Fribourg a transmis le courrier susmentionné et ses annexes à la chambre de céans comme objet de son éventuelle compétence, l'expéditrice étant clairement domiciliée à Genève.

Au vu de ce qui précède, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

   L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

   Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a; ATF 117 V 295 consid. 2a; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

   En l'espèce, au vu du contenu du courrier de l'intéressée du 2 juillet 2020, il s'agit dans un premier temps de déterminer l'objet du litige, et en particulier de savoir contre quelle décision l'intéressée entendait recourir. Il s'agissait tout d'abord de déterminer si le litige concernait l'intéressée personnellement ou si elle agissait en qualité de représentante de son mari; ensuite de déterminer si le litige concernait l'AOS, régie par la LAMal, ou d'éventuelles assurances complémentaires à la LAMal, régies par la LCA : en effet, l'intéressée insistait sur le fait que la proposition d'assurance souscrite à fin janvier 2016 ne concernait que l'AOS de son mari, à l'exclusion de toute assurance complémentaire. En substance, l'intéressée a indiqué, dans son courrier du 16 juillet 2020, qu'elle désirait recourir contre les poursuites d'une part, et contre la récente décision du 9 juin 2020 relative à la saisie de son salaire, contre laquelle elle avait fait opposition. Elle annexait notamment à son courrier un avis de saisie de l'office des poursuites du 9 juin 2020. L'instruction de la cause, en particulier la détermination de l'intimée, a toutefois permis d'établir

de façon certaine que le litige concernait strictement l'AOS, et portait sur le non-paiement de primes d'assurance-maladie obligatoire du mari de l'intéressée. L'intimée a indiqué dans ses courriers des 1er et 14 septembre 2020 qu'elle n'avait rendu aucune décision sur opposition dans le dossier « de l'intéressée », et qu'ainsi, la chambre de céans était incompétente pour connaître de ce litige, du moins à ce stade. En revanche, l'intimée avait fait notifier une décision formelle, que l'intéressée avait reçue le 23 juin 2020 (qui prononçait la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer poursuite N° 1_____). Les courriers que cette dernière avait écrits les 2 et 13 juillet 2020 devaient donc être considérés comme une opposition intervenue dans le délai utile.

5. Au vu de ce qui précède, le litige concerne bien une problématique relative à un arriéré de primes d'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal, concernant le mari de l'intéressée, arriérés de primes ayant fait l'objet d'une poursuite, dans le cadre de laquelle l'intéressée avait formé opposition.

   Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs-maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 107/02; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

   En l'occurrence, c'est bien ce qu'a fait l'intimée, par décision du 17 juin 2020.

6. Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

   L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit cependant qu'avant d'être soumises à la chambre de céans, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

   En l'occurrence, la décision du 17 juin 2020, notifiée à l'intéressée, en tant qu'épouse et payeuse des primes pour le compte de son mari, selon les dispositions convenues lors de la souscription de la police litigieuse, levait l'opposition formée

au commandement de payer. Selon les pièces produites par l'intimée (copie de la décision et suivi de la Poste), cette décision - qui mentionne expressément la voie de droit de l'opposition en cas de contestation -, a été reçue par l'intéressée le 23 juin 2020 à 8h19. Ainsi, comme le soutient l'intimée sans être contredite, elle n'a pas rendu jusqu'ici de décision sur opposition; c'est ainsi à juste titre qu'elle considère en revanche que par son courrier du 2 juillet 2020, complété par celui du 16 juillet 2020, l'intéressée a contesté dans le délai utile la décision susceptible d'opposition rendue par l'intimée le 17 juin 2020. Cette contestation valait donc opposition, mais elle a été adressée à une autorité incompétente.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est par conséquent prématuré et doit être déclaré irrecevable.

8. Selon l'art. 11 al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), si l'autorité décline sa compétence, elle transmet d'office l'affaire à l'autorité compétente et en avise les parties.

   Ainsi, le recours interjeté par l'intéressée doit être transmis à l'intimée comme objet de sa compétence. Il appartiendra donc à l'intimée de statuer sur opposition, rendant ainsi une décision qui, quant à elle, sera susceptible de recours devant la chambre de céans.

9. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Le transmet à l'intimée comme objet de sa compétence.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le