



POUVOIR JUDICIAIRE

A/949/2025

ATAS/448/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 juin 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par la Dre B_____, mandataire

contre

KPT CAISSE-MALADIE SA

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1971, est assuré auprès de KPT CAISSE-MALADIE SA (ci-après : KPT) pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS).
- b.** Il a bénéficié de la pose d'un *by-pass* gastrique en 2018, intervention réalisée auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), après quoi il a subi une importante perte de poids, soit 60 kg, en l'espace de deux ans.
- c.** En raison de cette rapide perte de poids, l'assuré souffre de la présence d'un important tablier abdominal, qu'il considère comme gênant dans sa vie quotidienne et dans ses activités sportives, sans compter ce qu'il décrit comme une gêne psychologique.
- d.** Par courrier du 17 mai 2024, son médecin traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie reconstructive, a demandé à KPT de prendre en charge une opération de résection cutanéograsseuse de la ceinture abdominale.
- e.** Par courrier du 25 mai 2024, KPT a informé le Dr C_____ que l'*intertrigo* n'était pas reconnu comme indication ; il pouvait être traité de façon adéquate par des mesures dermatologiques. Dès lors que la présence d'une affection ayant valeur de maladie n'était pas démontrée, KPT refusait de prendre en charge les frais d'une intervention de chirurgie plastique.
- f.** Par courrier du 21 juin 2024, le Dr C_____ a demandé à KPT de reconsidérer sa décision dès lors que la chirurgie d'abdominoplastie envisagée ne l'était pas pour des raisons esthétiques.
- g.** Par courrier du 4 juillet 2024, KPT a informé le Dr C_____ que le dossier avait été réexaminé par le médecin-conseil de l'assureur après quoi, sur la base de son préavis, le refus de prise en charge pour une abdominoplastie était confirmé.
- h.** Par courrier du 19 août 2024, la docteure B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a interpellé le médecin-conseil de KPT et s'est référée aux deux précédentes demandes de son confrère, le Dr C_____, pour demander, à nouveau, une reconsidération de la position de l'assureur, après avoir notamment décrit en détail les effets somatiques et la souffrance psychique causés par le tablier abdominal de l'assuré.
- i.** Par courrier du 11 septembre 2024, KPT a confirmé son refus de prise en charge d'une opération d'abdominoplastie, considérant notamment que le poids psychique ne pouvait pas être considéré comme une indication pour une telle opération.
- j.** La Dre B_____, représentant l'assuré, a interjeté un recours, en date du 8 octobre 2024, auprès du greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), pour « déni de justice »,

reprochant à KPT, d'une part, d'avoir refusé de prendre en charge les frais de l'opération d'abdominoplastie et d'autre part, d'avoir rendu une « décision » n'indiquant pas les voies de recours, ce qui était constitutif d'un déni de justice.

k. Par courrier du 13 novembre 2024, KPT a transmis à la chambre de céans la copie d'une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA, datée du 6 novembre 2024 et destinée à l'assuré, par laquelle l'assureur résumait la chronologie des faits et refusait la prise en charge des coûts inhérents à une intervention pour abdominoplastie, *diastasis* et hernie ombilicale dans le cadre de l'AOS. La possibilité de former opposition contre la présente décision dans les 30 jours dès sa notification était indiquée en fin de texte.

l. Par arrêt du 28 novembre 2024, la chambre de céans a constaté que KPT avait rendu une décision et a considéré le recours pour déni de justice sans objet.

B. a. Par courrier du 20 novembre 2024 adressé à KPT, la Dre B_____ s'est référée à la décision du 6 novembre 2024 en précisant, notamment, « vous souhaitez de ma part un exposé succinct des faits, des motifs invoqués ainsi que les conclusions afin de s'opposer à votre décision formelle du 6 novembre 2024 ». La médecin traitant a indiqué qu'elle joignait à son courrier une photo prise par son patient, qui permettait ainsi à KPT de vérifier la souffrance physique ainsi que le poids de la souffrance psychique. Elle poursuivait, en rappelant que le courrier de son confrère, le Dr C_____, du 21 juin 2024, ne donnait pas beaucoup d'informations complémentaires par rapport à son premier courrier, mais que les effets néfastes du tablier sur le patient étaient précisés. Elle exposait également avoir expliqué, dans son précédent courrier du 19 août 2024, la pénibilité de la situation, qui avait été répétée dans un courrier ultérieur du 16 octobre 2024 dans lequel elle avait mentionné les notions des critères d'efficacité, adéquation et économicité. Elle considérait que les éléments succincts pour lesquels son patient et elle-même demandaient une prise en charge par l'AOS remplissaient les conditions fixées par la loi.

b. KPT, par courrier du 20 janvier 2025 adressé à la Dre B_____, a informé cette dernière qu'elle avait reçu le « rapport médical du 20.11.2024 » et a précisé qu'elle n'avait pas « reçu d'opposition de la part de Monsieur A_____ suite à notre décision formelle du 06.11.2024 dans les délais juridiques impartis. Dès lors, la décision est entrée en force, et la KPT ne peut que confirmer son refus de prise en charge des prestations pour une abdominoplastie, diastasis et hernie ombilicale ».

c. La Dre B_____ a contesté la détermination de KPT, par courrier du 10 février 2025, rappelant que son patient avait signé une procuration en sa faveur, tel que demandé en son temps par la chambre de céans et que son courrier du 20 novembre 2024 était une opposition ferme à la décision formelle de KPT ; ladite opposition, dont copie avait été transmise à la chambre de céans, était parfaitement recevable et la médecin considérait qu'il s'agissait d'un « déni de

justice ». Elle rappelait que son patient sollicitait une prise de position de KPT concernant sa maladie, tant physique que psychique, et joignait, en annexe, une dernière échographie abdominopelvienne effectuée le 4 décembre 2024.

d. Par décision sur opposition du 28 février 2025, KPT a déclaré irrecevable « l'opposition » du 20 novembre 2024 et a considéré que faute d'opposition, la décision du 6 novembre 2024 était entrée en force. L'assureur estimait que la Dre B_____ ne pouvait pas représenter l'assuré dans le cadre de son « opposition » dès lors que la procuration que l'assuré avait signée en sa faveur, le 8 octobre 2024, était exclusivement valable dans la procédure devant la chambre de céans. Partant, le courrier de la médecin du 20 novembre 2024 ne pouvait pas être considéré comme une opposition, vu l'absence totale de procuration et le fait qu'il était accompagné d'une photo du torse de l'assuré, ce qui avait conduit KPT à retenir ledit courrier comme un nouveau rapport médical faisant suite à celui du 19 août 2024. En outre, il n'y avait aucune mention claire laissant supposer que l'assuré avait mandaté son médecin pour le représenter et ledit courrier ne pouvait pas être assimilé à une déclaration de volonté de l'assuré de contester formellement une décision de refus.

C. a. Par acte de la Dre B_____ du 19 mars 2025, déposé au greffe de la chambre de céans, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 28 février 2025, concluant au rejet de cette dernière, à ce que la décision de KPT soit reconsidérée et que l'opération d'abdominoplastie demandée soit accordée. De surcroît, il était demandé d'ordonner une audition de l'assuré et que l'identité du médecin-conseil de KPT soit sollicitée.

b. Par réponse du 11 avril 2025, KPT a conclu au rejet du recours, sous suite de frais, au motif que la décision du 6 novembre 2024 avait été notifiée à l'assuré, en date du 7 novembre 2024, ce qui était démontré par le suivi *Track and Trace* de la Poste, et qu'en l'absence d'une opposition de l'assuré, dans le délai légal de 30 jours, la décision du 6 novembre 2024 était entrée en force.

Le courrier de la Dre B_____ du 20 novembre 2024 était décrit, non pas comme une opposition, mais comme un « nouveau rapport médical », dans lequel le médecin « s'attardait à nouveau sur la pénible situation de son patient ». Faute de procuration signée par l'assuré, ledit courrier ne pouvait pas être considéré comme une opposition, ce d'autant moins quand, dans le cadre de la précédente procédure pour déni de justice, la docteure avait agi auprès de la chambre de céans en produisant une procuration qui était « clairement limitée à la procédure entreprise devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice ».

c. Par courrier du 26 mai 2025, la Dre B_____ a réagi à la réponse du 11 avril 2025, joignant, en annexe, une procuration signée par l'assuré. Elle a répété les arguments déjà développés dans l'acte de recours concernant les souffrances physiques et psychiques endurées par son patient, rappelant que ce dernier avait toujours signé des procurations en sa faveur, ceci dès le 8 octobre 2024 et que

KPT était de mauvaise foi en se braquant, à tort, sur le côté administratif plutôt que d'analyser les « réels soucis de santé de mon patient ». Elle répétait que le courrier du 20 novembre 2024 était une opposition parfaitement recevable, qui devait être admise et confirmait ses précédentes conclusions.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits et documents seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

2. Est litigieuse la décision d'irrecevabilité du courrier de la médecin traitant de l'assuré, comme valant opposition à la décision de l'assureur.

3.

3.1 Selon l'art. 52 al. 1 LPGA (RS 830.1), les décisions peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. À cet égard, l'art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal ; en cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (art. 10 al. 4 OPGA). Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA). Lorsque les conditions de recevabilité ne sont pas remplies, la procédure d'opposition prend fin avec une décision d'irrecevabilité (ATF 142 V 152).

3.2 Selon la jurisprudence relative à l'art. 61 let. b, 2^e phr. LPGA - qui concerne la procédure judiciaire de première instance -, un délai permettant à l'intéressé de

rectifier son mémoire de recours doit être fixé non seulement si les conclusions ou les motifs manquent de clarté, mais, d'une manière générale, dans tous les cas où le recours ne répond pas aux exigences légales. Ces principes s'appliquent également à la procédure d'opposition (ATF 142 V 152).

3.3 Lorsqu'un assuré est représenté par un mandataire professionnel, lequel est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'une opposition, l'octroi d'un délai supplémentaire s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable de recours, respectivement d'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016).

4. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
5. En l'espèce, l'intimée considère que le courrier de la Dre B_____ du 20 novembre 2024 ne vaut pas opposition à la décision de refus de prise en charge du 6 novembre 2024.

5.1 Comme vu *supra*, l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal ; en cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (art. 10 al. 4 OPGA). Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

5.2 D'emblée, il apparaît que l'intimée n'a impartit aucun délai, ni à l'assuré, ni à la médecin traitant, pour réparer les vices soulevés dans la décision dont est recours.

KPT allègue qu'en l'absence de procuration, elle ne pouvait pas retenir que le courrier en question était envoyé au nom de l'assuré. L'intimée ajoute que le courrier du 20 novembre 2024 ne pouvait pas être assimilé à une déclaration de volonté de l'assuré de contester formellement la décision de refus car il est courant que, durant le délai d'opposition, l'assuré ou son médecin produise lui-même un ou plusieurs rapports médicaux à l'appui de son opposition formelle, sans que ces rapports soient, pour autant, assimilés eux-mêmes à une opposition.

Si l'on suit le raisonnement de l'intimée, les rapports médicaux sont communiqués « à l'appui d'une opposition formelle » ; dans ce cas, il est douteux qu'en l'absence de toute opposition formelle - si l'on suit le raisonnement de l'intimée - le courrier du 20 novembre 2024 constituait un simple rapport médical dont on voit mal pour quelle raison il aurait été transmis spontanément à l'assureur par un médecin, en dehors de toute procédure d'opposition de la part de l'assuré.

5.3 En ce qui concerne la déclaration de volonté de s'opposer à une décision, la lecture du courrier du 20 novembre 2024 fait référence, dans son objet, à « Monsieur A_____ (...) Décision formelle au sens de l'article 49 LPGA du 6 novembre 2024 ».

La mention de ces éléments montre que le courrier est adressé dans le cadre de la procédure concernant l'assuré et en rapport avec la décision du 6 novembre 2024.

De plus, la médecin se réfère aux termes mêmes de la décision du 6 novembre 2024 sous la mention « indication des voies de recours », selon lesquels « l'acte d'opposition doit contenir un exposé succinct des faits, des motifs invoqués ainsi que les conclusions » lorsqu'elle écrit, dans son courrier du 20 novembre 2024, § 5 « vous souhaitez de ma part un exposé succinct des faits, des motifs invoqués ainsi que les conclusions afin de s'opposer à votre décision formelle du 6 novembre 2024 ».

La reprise, à l'identique, des termes mentionnés sous l'indication des voies de recours dans la décision du 6 novembre 2024, ainsi que l'ajout du membre de phrase « afin de s'opposer à votre décision formelle du 6 novembre 2024 » ne laisse planer aucun doute sur le fait que le courrier du 20 novembre 2024 constitue une opposition à la décision du 6 novembre 2024. Le fait que la docteure ait mentionné des arguments médicaux et joint une photo du torse de l'assuré n'a pas pour effet de transformer un courrier d'opposition en un simple rapport médical, ce d'autant moins qu'il est courant, dans le cadre d'une opposition, que l'opposant fasse valoir des arguments médicaux et joigne des pièces médicales à l'appui de ces derniers.

Partant, la distinction opérée par l'intimée entre un courrier d'opposition et un rapport médical n'est pas soutenable.

5.4 S'agissant de la motivation, la Dre B_____ précise que le BMI, soit l'indice de masse corporelle, n'est pas un reflet direct de l'effet tablier de son patient et que les hernies ombilicales et le *diastasis* sont des atteintes à la santé avec valeurs maladie. De surcroît, la médecin conteste l'absence de valeur maladie alléguée par l'intimée au motif que s'il y a souffrance, qu'elle soit psychique ou physique, il y a valeur maladie donc atteinte à la santé.

Sans rentrer sur les mérites de cette argumentation, il convient de lui accorder qu'il s'agit d'une motivation qui satisfait aux conditions de l'art. 10 al. 1 OPGA, ainsi qu'aux réquisits du Tribunal fédéral selon lesquels « il doit en tout cas être

possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 123 V 128 consid. 3a) ».

5.5 Enfin, en ce qui concerne les conclusions, elles figurent à l'avant-dernier paragraphe du courrier du 20 novembre 2024 selon lequel « voici donc les éléments succincts pour lesquels mon patient ainsi que moi-même demandons une prise en charge par l'AOS que ce soit pour l'abdominoplastie, le *diastasis* ou encore l'hernie ombilicale ».

À l'aune de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le courrier du 20 novembre 2024 contient les éléments nécessaires pour comprendre qu'il s'agit d'un courrier d'opposition à la décision du 6 novembre 2024, que la motivation est suffisante et que les conclusions sont clairement mentionnées.

5.6 Partant, l'intimée avait le devoir, si elle avait des doutes sur la volonté de l'assuré d'être représenté par la Dre B_____, de s'adresser à l'assuré, en réclamant à ce dernier une procuration signée en faveur de sa médecin traitant et en lui impartissant un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne serait pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

Or, l'intimée n'a pas réagi et a attendu l'écoulement du délai d'opposition pour adresser son courrier du 20 janvier 2025 à la Dre B_____ en accusant réception du « rapport médical » du 20 novembre 2024, tout en ajoutant ne pas avoir reçu d'opposition de la part de l'assuré à la décision formelle du 6 novembre 2024 dans les délais juridiques impartis.

L'ajout de cette information dans un courrier destiné à un simple médecin traitant est d'autant plus incompréhensible que dans sa réponse du 11 avril 2025, p. 11, l'intimée déclare que : « en l'absence d'une procuration, KPT n'adresse certainement pas une décision sur opposition à un médecin, qui n'est, en outre, pas partie au litige, mais seulement au principal intéressé, c'est-à-dire à l'assuré ».

Dans ces conditions, il n'y a pas non plus de raison de fournir des informations de nature procédurale à un médecin qui n'est pas partie au litige. On peine à comprendre les raisons pour lesquelles l'assureur a jugé bon d'ajouter ce paragraphe s'il considère que la Dre B_____ n'est pas la représentante de l'assuré et n'agit qu'en qualité de simple médecin ayant adressé à l'assureur un rapport médical. En effet, dans un tel cas, l'assureur n'est pas censé fournir à un médecin qui n'est pas partie au litige, l'information selon laquelle la décision n'a pas été frappée d'opposition, élément qui ne concerne que l'assuré, ce que KPT a pourtant fait dans son courrier du 20 janvier 2025.

5.7 Il sied de rappeler que la décision du 6 novembre 2024 a été rendue alors que la procédure concernant le déni de justice formel était toujours en cours auprès de la chambre de céans, étant rappelé que ladite procédure avait été ouverte sur recours de la Dre B_____, agissant en qualité de représentante de l'assuré.

La médecin traitant pouvait donc supposer qu'il n'était pas nécessaire de produire, spontanément, une nouvelle procuration, dans le cadre de l'opposition à la décision du 6 novembre 2024, puisque c'était à l'issue de son recours que ladite décision avait été rendue. Il était raisonnable de considérer qu'elle continuait d'agir en qualité de représentante de l'assuré, en s'opposant à ladite décision.

Ce d'autant plus qu'il ressort du dossier produit par KPT que tous les courriers adressés à KPT pour demander la prise en charge des frais d'abdominoplastie sont rédigés, soit par le Dr C_____, soit, par la suite, par la Dre B_____ ; il n'y a aucun courrier signé par l'assuré dans lequel ce dernier demande à l'intimée de prendre en charge les frais d'abdominoplastie.

De surcroît, KPT s'est, au moins à deux reprises, adressée directement à la Dre B_____, notamment par courrier du 11 septembre 2024, avec copie à l'assuré, et par courrier du 20 janvier 2025.

On peut déduire de ce qui précède que, jusqu'au moment où elle a rendu la décision querellée, KPT n'avait jamais manifesté le moindre doute quant au fait que la Dre B_____ agissait en qualité de représentante de l'assuré.

5.8 En conclusion, KPT devait, soit accepter l'opposition du 20 novembre 2024 signée par la Dre B_____, en considérant que cette dernière continuait d'agir en qualité de représentante de l'assuré, dans le cadre de la demande de prise en charge des frais d'abdominoplastie, soit demander à l'assuré de lui faire parvenir une procuration en faveur de la médecin, en indiquant clairement que faute de s'exécuter dans le délai imparti, l'opposition serait écartée.

Dès lors qu'aucun des termes de cette alternative n'a été respecté par l'intimée, la décision d'irrecevabilité doit être annulée.

6. S'agissant des arguments de fond sur la prise en charge des frais d'abdominoplastie, il convient de rappeler que, 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 (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1).

En l'occurrence, l'intimée ne s'est prononcée, dans la décision querellée, que sur l'irrecevabilité de l'opposition et non pas sur la question de la prise en charge des frais d'abdominoplastie.

Partant, la chambre de céans ne peut examiner ce grief et il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle instruisse l'opposition et rende une nouvelle décision sur opposition sur la question de la prise en charge des frais d'abdominoplastie.

Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas nécessaire de donner suite aux mesures probatoires demandées par le recourant (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

7.

7.1 Compte tenu de ces éléments, le recours sera admis ; la décision du 28 février 2025 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction de l'opposition et nouvelle décision sur opposition.

7.2 Le recourant, assisté par une mandataire professionnellement qualifiée et obtenant gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

7.3 Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 28 février 2025.
3. Renvoie la cause à l'intimée, pour instruction de l'opposition et nouvelle décision sur opposition.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Philippe KNUPFER

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