

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL DE APELACIONES  
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN Y CAGUAS  
PANEL I

MERCADO AMBULANCE  
CORP.; PADÍN AMBULANCE  
SERVICES, INC.

*Recurrente*

v.

COMISIONADA DE SEGUROS  
DE PUERTO RICO

*Recurrida*

KLRA201600224

*REVISIÓN JUDICIAL*  
procedente de la  
Oficina del  
Comisionado de  
Seguros de  
Puerto Rico

*Caso núm.:*  
OE-2015-261

*Sobre:*  
Solicitud de  
intervención núm.:  
PP-15-13A-02-00053

Panel integrado por su presidente el Juez Steidel Figueroa, la Juez Cintrón Cintrón y la Juez Rivera Marchand<sup>1</sup>

Steidel Figueroa, Juez Ponente

**S E N T E N C I A**

En San Juan, Puerto Rico, a 11 de mayo de 2017.

Mercado Ambulance Corp. nos solicita que examinemos la determinación de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico de desestimar por falta de jurisdicción una querrela que presentó contra MCS Advantage, Inc. y MCS, Inc. a quienes imputó violar la Ley Núm. 104 de 19 de julio de 2002, conocida como la *Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones al Proveedor*, 26 LPRC secs. 3001-3008. Coincidimos con el criterio de la recurrente, por lo que revocamos la determinación objeto de este recurso.

**I.**

El 12 de diciembre de 2013 Mercado Ambulance Corp., como proveedor de servicio de ambulancias, suscribió un contrato con MCS Advantage Inc.<sup>2</sup>, mediante el cual ofrecería servicios a

<sup>1</sup> Mediante la Orden Administrativa DJ-2016-430 se autorizó al Juez Steidel Figueroa a intervenir en el caso de epígrafe hasta su resolución final.

<sup>2</sup> MCS Advantage, Inc. es una corporación privada autorizada por el *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) para proveer los planes de salud MCS

suscriptores de planes de cuidado de salud *Medicare Advantage*. Entre las cláusulas del contrato, las partes pactaron el plazo aplicable para que Mercado Ambulance pudiera reclamar los pagos por los servicios prestados a los suscriptores de MCS Advantage —noventa días contados desde que se brinde el servicio— y el plazo dentro del cual se debía pagar el servicio en cuestión —cincuenta días desde que MCS recibiera la reclamación de pago completada<sup>3</sup>. Pactaron, además, que el contrato se regiría por las leyes de Puerto Rico y las leyes que regulan el programa de Medicare<sup>4</sup>.

El mismo día de la firma del acuerdo descrito, las partes firmaron un segundo documento titulado “*Amendment to the Provider Agreement to Comply with Medicare Advantage Requirement*”. Entre otras cosas, en este contrato se reiteró el esquema de facturación descrito en el contrato original, así como los plazos disponibles para facturar y para efectuar los pagos.

---

*Classicare*, que a su vez, es un programa bajo *Medicare Advantage* (Parte C del *Social Security Act*, 42 USC Sec. 1395w-21 *et seq.*). Por lo anterior, *MCS Advantage, Inc.* cualifica como una *Organización Medicare Advantage (OMA)*. Véase 42 C.F.R. sec. 422.2. *MCS Advantage, Inc.* también está autorizada para operar planes médicos en Puerto Rico por la OCS. Por su parte, *MCS, Inc.* es el tercer administrador de *MCS Advantage, Inc.*, subcontratado por esta última para manejar la red de proveedores de *MCS Classicare* y es el pagador de *MCS Advantage, Inc.*

<sup>3</sup> La disposición contractual implicada dispuso:

- 5.1: The ASP shall comply with MCS’s billing and claim processing procedures. Claims shall be submitted through the electronic means available, form HCFA 1500 or any other form approved by MCS.
- 5.2: The ASP shall bill MCS within ninety (90) days after providing service to the Member. MCS will not be obligated to pay any claims received after ninety (90) days from the date of service.
- 5.3: The ASP shall provide any additional information that may be required by MCS to process the claim, consistent with the requirements of HIPAA at 45 CFR Part 162.
- 5.4: The ASP will be compensated for the covered services provided according to the Compensation Schedule annexed hereto as Attachment A. All payments will be made no later than fifty (50) days from the date that a full, complete and ready to process claim is received by MCS.
- 5.5: In the event that a claim is totally or partially contested by MCS, The ASP shall be notified in writing within forty (40) days of receipt by MCS, that the claim is contested and the reasons that support the denial of payment. The ASP agrees to submit request for adjustment of claims within forty five (45) days of receipt of notification of contested claim. Upon receipt of a new or supplemented claim, MCS shall pay or deny the claim within thirty (30) days.

<sup>4</sup> El artículo 11.7 expresamente dispuso que “[t]his Agreement shall be governed by, construed and enforced in accordance with the laws of the Commonwealth of Puerto Rico and applicable Medicare law”. *Apéndice*, en la pág. 54.

El 1 de julio de 2015 Mercado Ambulance Corp.<sup>5</sup> presentó una querrela en la Oficina del Comisionado de Seguros [por sus siglas, OCS] en contra de MCS Advantage por alegadas violaciones a la *Ley para el Pago Puntual*. Específicamente alegó que la entidad querrellada se negó a efectuar pagos por servicios provistos por el fundamento de que no había necesidad médica para requerir el servicio facturado. También se alegó en la querrela, que no existía “disputa sobre la cantidad reclamada [...]; la alegada controversia es sobre la necesidad del servicio, la cual, fue certificada por un médico por escrito en cada reclamación sometida a la MCS”<sup>6</sup>.

El 21 de julio de 2015 la OCS determinó concluir la investigación iniciada a instancias de Mercado Ambulance. Concluyó que carecía de jurisdicción, pues un examen del contrato suscrito por Mercado Ambulance con MSC no revelaba que se configurara ninguna de las circunstancias previstas en la Carta Normativa Núm. 2010-110-PP del 19 de marzo de 2010, que define las instancias en que la Oficina de la Comisionada de Seguros intervendría en controversias relacionadas al pago de reclamaciones por servicios prestados bajo un plan *Medicare Advantage* al amparo del Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Tras esta determinación Mercado Ambulance solicitó una vista, según el esquema procesal aplicable. Tras los trámites correspondientes, la Comisionada de Seguros emitió la resolución que originó el recurso de revisión judicial que nos ocupa. En ella reiteró que carecía de jurisdicción para adjudicar la querrela de Mercado Ambulance en contra de MCS. Invocó en esta

---

<sup>5</sup> Padín Ambulance Service, Inc., un segundo proveedor de servicios de ambulancia, también formó parte de esta querrela. Su reclamación fue archivada por la Oficina del Comisionado de Seguros mediante la comunicación del 21 de julio de 2015. Más tarde, tras una vista, dicha parte desistió de su reclamación. Mercado Ambulance continuó sola como parte promovente en el proceso administrativo.

<sup>6</sup> *Apéndice*, en la pág. 38.

determinación la Carta Normativa 2010-110-PP a la que antes hicimos referencia.

Mercado Ambulance Corp. acudió a este foro, ocasión en la que formuló cuatro señalamientos de error:

1. ERRÓ LA HONORABLE COMISIONADA DE SEGUROS DE PUERTO RICO AL ARCHIVAR LA QUERRELLA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE AMBULANCIA CONTRA LA ORGANIZACIÓN MCS ADVANTAGE, INC. POR FALTA DE JURISDICCIÓN, A PESAR DE QUE SE ALEGÓ LA DENEGACIÓN ERRÓNEA DEL PAGO BAJO EL ARTÍCULO 30.050 DE LA LEY NÚM. 104 DE 2 DE JULIO DE 2002, Y DE QUE LA ORGANIZACIÓN MCS ADOPTÓ VOLUNTARIAMENTE DICHA LEY DE PUERTO RICO EN SU CONTRATO CON EL PROVEEDOR, Y TAMBIÉN CUANDO ACEPTÓ Y CONTESTÓ LA QUERRELLA DE PAGO PUNTUAL DEL PROVEEDOR, Y CUANDO LO REFIRIÓ A LA OCSPP PARA QUE APELARA SU DECISIÓN.

2. ERRÓ LA HONORABLE COMISIONADA DE SEGUROS DE PUERTO RICO AL CONCLUIR EN LA RESOLUCIÓN INTERLOCUTORIA DE 17 DE SEPTIEMBRE DE 2015 QUE LA ORGANIZACIÓN MCS ADVANTAGE, INC. NO ES PARTE.

3. ERRÓ LA HONORABLE COMISIONADA DE SEGUROS DE PUERTO RICO AL NO PROVEER UN PROCEDIMIENTO ADJUDICATIVO CONFORME CON EL ARTÍCULO 30.080 DE LA LEY NÚM. 104 DE 2 DE JULIO DE 2002 Y CON LA LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO UNIFORME (LPAU) EN EL CUAL SE CONFRONTEN EL PROVEEDOR Y LA ORGANIZACIÓN, Y QUE SEA LA COMISIONADA QUIÉN ADJUDIQUE IMPARCIALMENTE LA CONTROVERSIA.

4. ERRÓ LA HONORABLE COMISIONADA DE SEGUROS DE PUERTO RICO AL NO FORMULAR NINGUNA DETERMINACIÓN DE HECHO SOBRE LA VISTA DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2015 Y EN PARTICULAR AL NO DETERMINAR COMO UN HECHO PROBADO QUE LA ORGANIZACIÓN MCS ACEPTÓ LA QUERRELLA INTERNA DEL PROVEEDOR COMO UNA DE PAGO PUNTUAL Y QUE O REFIRIÓ POR ESCRITO AL COMISIONADO DE SEGUROS PARA APELAR LA DECISIÓN.

Recibido el recurso, solicitamos a la recurrida que expresara su posición sobre los errores imputados al foro revisado. Al abordar las controversias trabadas, conferimos la debida deferencia al foro administrativo recurrido. *Mun. de SJ v. CRIM*, 178 DPR 163 (2010); *Vélez Rodríguez v. ARPE*, 167 DPR 684 (2006).

## II.

Los planes médicos *Medicare Advantage* son regulados por legislación y reglamentación federal. En caso de contradicción entre disposiciones normativas federales y las de un estado o Puerto Rico, aquellas prevalecerán. 42 USC sec. 1395w-26(b)(3). Sin embargo, el ordenamiento federal no ocupó totalmente el campo en materia de

planes *Medicare Advantage*. Los estados y Puerto Rico<sup>7</sup> pueden aprobar leyes que regulen aspectos de este género de planes médicos.

Relevante a la controversia trabada es lo dispuesto en la sección 422.520 del Título 42 del *Code of Federal Regulations*, 42 CFR sec. 422.520, preceptiva de que:

(b)(1) Contracts between MA organizations and providers and suppliers. Contracts or other written agreements between MA organizations and providers must contain a prompt payment provision, the terms of which are developed and agreed to by both the MA organization and the relevant provider.

(b)(2) The MA organization is obligated to pay contracted providers under the terms of the contract between the MA organization and the provider.

Como se aprecia, las entidades que proveen servicios bajo el programa *Medicare Advantage* están obligadas a acordar contractualmente con sus proveedores de servicios de salud el plazo aplicable para el pago puntual de las reclamaciones de los servicios brindados a beneficiarios. Sin embargo, la disposición citada no establece un plazo específico que deba ser incluido en la contratación. Por ello, las partes contratantes pueden adoptar los plazos que establece la ley estatal para pagar puntualmente las reclamaciones de los proveedores de servicios de salud.

Por su parte, la *Ley para el Pago Puntual*, que se convirtió en el Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico, Ley núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, se aprobó en Puerto Rico para reglamentar el pago oportuno a los proveedores de servicios de salud por parte de las aseguradoras. Su objetivo es garantizar servicios de salud de calidad, sin menoscabar los derechos contractuales y de propiedad. De forma consecuente con este objetivo, el artículo 30.030 de la ley, 26 LPRA sec. 3002, establece los términos aplicables para que las aseguradoras u organizaciones

---

<sup>7</sup> La Sección 410(h) de la Ley del Seguro Social, 42 USC 410(h) dispone que “(h) the term “State” includes the District of Columbia, **the Commonwealth of Puerto Rico**, the Virgin Islands, Guam, and American Samoa.” (Énfasis suplido).

de servicios de salud paguen las reclamaciones de los proveedores de salud que contraten con ellos. Dispone que:

[e]l proveedor participante deberá someter sus reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa días siguientes de haber prestado los mismos y el asegurador u organización de servicios de salud está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro del término de treinta (30) días<sup>8</sup> calendario, a partir de la fecha en que el asegurador u organización de servicios de salud reciba la misma.

La ley, además, reconoció jurisdicción original al Comisionado de Seguros para resolver “las controversias que surjan entre proveedores participantes y aseguradoras u organizaciones de servicios de salud, al amparo de este capítulo”. 26 LPRA sec. 3007(c).

De conformidad con el propio artículo 30.080, la Oficina del Comisionado de Seguros promulgó la Regla 73 para asegurar y regular el pago puntual de las reclamaciones de los proveedores de servicios. El artículo 5 de la Regla 73 reitera lo establecido en el artículo 30.030 de la *Ley para el Pago Puntual*. Además, el artículo 12 de dicha regla establece, en lo pertinente, que:

[c]ualquier Proveedor Participante que tenga razones para creer que un Asegurador u Organización de Servicios de Salud que está sujeto a las disposiciones de esta Regla, ha actuado en violación de las normas establecidas por esta Regla, podrá solicitar a la Oficina del Comisionado de Seguros, luego de agotar el proceso administrativo interno del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, una investigación de tal situación y tendrá a su disposición todas las acciones y remedios provistos por el Código, su Reglamento y por cualesquiera otra regla de la Oficina del Comisionado de Seguros.

Por su parte, la Carta Normativa 2010<sup>9</sup> de la Oficina del Comisionado de Seguros identifica las circunstancias en las que la

---

<sup>8</sup> Antes de que la Ley núm. 150 del 27 de julio de 2011 enmendara la *Ley para el Pago Puntual* para que este término fuera 30 días, el término aplicable era 50 días calendario.

<sup>9</sup> En la Carta Circular A-7-1090-87 del 16 de julio de 1987, la OCS definió que una carta normativa es:

[un] instrumento para dar publicidad a la interpretación formal (“ruling”) que [la OCS] ha hecho sobre las disposiciones de ley y de reglamento y sobre los diversos sometimientos que aprueba. En esta modalidad [la OCS] impart[e] instrucciones específicas a la industria de seguros sobre cómo aplicar[á] dichas interpretaciones y cómo dicha industria deberá actuar para estar conforme con tal interpretación.

Oficina del Comisionado de Seguros tendrá jurisdicción para aplicar las disposiciones de la *Ley para el Pago Puntual*. Según la interpretación recogida en esta, dicha oficina tiene jurisdicción en controversias relacionadas al pago puntual de reclamaciones:

1. Cuando las partes en el contrato hayan pactado expresamente adoptar la Ley de Pago Puntual para regir los procedimientos de pago de reclamaciones;
2. Cuando el contrato no contenga una cláusula sobre el pago puntual de reclamaciones ("*prompt payment provision*"), o cuando, a pesar de haberla, la cláusula no sea clara ni delimite con especificidad el término de tiempo en que el asegurador u organización de servicios de salud deberá pagar las reclamaciones de los proveedores.

Con base en esta disposición, la Oficina del Comisionado de Seguros determinó que carecía de jurisdicción para considerar los planteamientos de Mercado Ambulance. Esta alega, en cambio, que puesto que la ley federal no ocupó el campo en cuanto a la reglamentación de los planes *Medicare Advantage* y que las organizaciones de servicios de salud que ofrecen estos planes no están excluidas de la *Ley para el Pago Puntual*, la Carta Normativa 2010 interpretó limitadamente la jurisdicción de la Oficina del Comisionado de Seguros. Aduce además que su querrela cumple con una de las circunstancias previstas para que la OCS asuma jurisdicción, ya que en el contrato entre las partes se pactó que se interpretaría de acuerdo a las leyes de Puerto Rico. Alega, además, que puesto que MCS Inc. es parte del contrato, como entidad procesadora de pago de MCS Advantage, le aplica el Artículo 8 de la Regla 73 sobre delegación del pago de reclamaciones, razón por la cual, aunque MCS Advantage haya delegado las funciones de pago a MCS, Inc., ello no la exime de cumplir con las disposiciones de dicha Regla y de la *Ley para el Pago Puntual*. Por ello, a su juicio, la

---

Las cartas normativas no alteran los derechos de los individuos, sirven para aclarar el alcance de las leyes y los reglamentos que la OCS está llamada a hacer cumplir. Por tanto, están subordinadas a las disposiciones de dichas leyes y reglamentos.

OCS posee jurisdicción para aplicar la *Ley para el Pago Puntual*. Por último, alega que la resolución interlocutoria en la que la OCS excluyó del proceso adjudicativo a MCS fue arbitraria y caprichosa puesto que la *Ley para el Pago Puntual* establece que las partes en dicho proceso son el proveedor y la aseguradora u organización de servicios de salud y que el ente adjudicador con jurisdicción original es el Comisionado de Seguros.

### III.

La Carta Normativa en la que la Oficina del Comisionado de Seguros basó su determinación condiciona el ejercicio de su jurisdicción a **tres circunstancias**: (1) cuando las partes hayan adoptado “los términos y disposiciones de la ley estatal, que en el caso de Puerto Rico sería el Capítulo 30” del Código de Seguros; (2) cuando el acuerdo “no contiene una cláusula sobre pago puntual de reclamaciones”, o (3) “cuando, a pesar de haberla, la cláusula no es clara ni delimita con especificidad el término de tiempo en que el asegurador u organización de servicios de salud deberá pagar las reclamaciones de los proveedores”.

Según se aprecia, la Carta Normativa reconoce que en el contexto de planes de *Medicare Advantage* las partes pueden pactar los términos que regirán el pago de las reclamaciones de los proveedores participantes. Sin embargo, aun cuando reconoce que la reglamentación federal no establece un término específico dentro del cual deben hacerse los pagos, razón por la cual las partes pueden pactar el plazo que consideren apropiado, la Oficina del Comisionado limita su jurisdicción a las circunstancias en que considera que aplica el Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico, esto es la *Ley para el Pago Puntual*, ya sea porque las partes expresamente pactaron la aplicabilidad de dicha disposición, o porque esta aplicaría supletoriamente cuando nada se haya pactado al respecto, o cuando las disposiciones al respecto no sean claras.



Considera la Oficina del Comisionado que la situación implicada en el caso que nos ocupa no está prevista por la Carta Normativa. Y así es. No nos encontramos ante una situación en la que las partes expresamente indicaron que adoptaban el procedimiento y plazos de la *Ley para el Pago Puntual*. Tampoco puede afirmarse que no se estableció proceso alguno para formular y resolver reclamaciones entre las partes. Además, el proceso establecido por las partes no es obscuro o ambiguo. No por ello estamos convencidos de que la conclusión ineludible es que la Oficina de la Comisionada de Seguros carece de jurisdicción en la controversia entre las partes.

La premisa de la cual se derivan las circunstancias previstas en la Carta Normativa es la aplicabilidad de las disposiciones del Capítulo 30 del Código de Seguros, o más bien, de la *Ley para el Pago Puntual* por pacto expreso, por vaguedad, o por omisión. Además, según la redacción de la Carta Normativa si las partes no expresan específicamente que adoptan lo dispuesto en la *Ley para el Pago Puntual*, pero específicamente adoptan los plazos allí previstos, la Oficina de la Comisionada de Seguros tendría jurisdicción en reclamaciones sobre pago puntual de servicios provistos en el contexto de servicios *Medicare Advantage*. Después de todo, la ausencia de una referencia específica al título de la ley o a la nomenclatura con la que fue codificada, no debe excluir la aplicación de la ley si se pactan iguales términos o si sustancialmente se acogen estos y los procesos incluidos en la *Ley para el Pago Puntual*.

En el caso enfrentado notamos que las partes establecieron un procedimiento, a excepción de los plazos, esencialmente idéntico al previsto en la *Ley para el Pago Puntual* vigente. Así, las partes pactaron un proceso que permite al proveedor participante

formular una reclamación y contempla la obligación del asegurador de pagar la reclamación en un plazo. De igual manera, el esquema procesal previsto por las partes establece un proceso mediante el cual un asegurador podrá notificar las reclamaciones que considere que no sean procesables para pago y la obligación del proveedor de responder tal notificación.

Más aún, notamos que el plazo pactado para formular una reclamación de pago es igual al previsto por la *Ley para el Pago Puntual* (90 días) 26 LPRA sec. 3002. El segundo plazo, el previsto para efectuar el pago, **es igual al previsto originalmente en la Ley para el Pago Puntual antes de las enmiendas del 2011, este es, 50 días.** 26 LPRA sec. 3002 (historial).

Asimismo, el acuerdo entre las partes establece un proceso para objetar una factura o reclamación. De esta manera, provee un plazo de 40 días para notificar por escrito objeciones a una reclamación de pago de Mercado Ambulance, un plazo de 45 días para que esta responda la objeción y un plazo final de 30 días para que MCS pague o deniegue la reclamación. **Este proceso es idéntico al previsto en la Ley para el Pago Puntual y los plazos son idénticos a los comprendidos en la ley antes de que fuera enmendada en el 2011 y 2012.** 26 LPRA sec. 3004 (historial).

Si los contratos involucrados en el caso que nos ocupa se hubiesen suscrito antes de las enmiendas incorporadas en los años 2011 y 2012 a la *Ley para el Pago Puntual*, muy probablemente no habría duda de que la Oficina del Comisionado de Seguros tendría jurisdicción para acoger la querrela de Mercado Ambulance, pues claramente se activarían las circunstancias expresamente previstas en la Carta Normativa del 2010. Sin embargo, la conclusión del Comisionado de Seguros se fundamenta en que los plazos para realizar las gestiones previstas en el proceso adoptado no son

iguales a los establecidos en la *Ley para el Pago Puntual* vigente en el 2013 —aun cuando el mecanismo procesal dispuesto sea idéntico.

La adopción de idénticos mecanismos procesales incluidos en la *Ley para el Pago Puntual* para formular reclamaciones, notificar reclamaciones no procesables para pago y formular objeciones origina la robusta convicción de que las partes, sin decirlo expresamente, se acogieron en términos generales al esquema procesal previsto en el estatuto puertorriqueño, aun cuando los plazos adoptados para cada etapa no coincidan con las enmiendas realizadas a la *Ley para el Pago Puntual*. La inclusión de plazos distintos a los plazos de la ley vigente al momento de suscribir el acuerdo parece, en cambio, una omisión sobre todo ante la similitud de las etapas o alternativas procesales adoptadas en el proceso de facturación y pago de servicios. Consideramos, además, que parece un contrasentido que la Oficina del Comisionado pueda ejercer su jurisdicción en controversias entre aseguradoras y proveedores cuando estas no pacten proceso o plazo alguno para facturar y pagar servicios, por considerar que la *Ley para el Pago Puntual* aplicaría de modo supletorio, pero que no pueda ejercer jurisdicción cuando aseguradoras y proveedores adoptan un esquema de facturación, objeción y pago de servicios análogo al previsto en dicha ley, aun cuando los plazos establecidos, aunque idénticos a la ley original, no corresponden enteramente a la ley vigente al momento de realizar el pacto.

Esta impresión se robustece aún más por el hecho de que en el mismo acuerdo las partes incluyeron una cláusula que dispone que el acuerdo se regirá, interpretará y se pondrá en vigor (“*shall be governed by, construed and enforced*”<sup>10</sup>), de acuerdo a las leyes de

---

<sup>10</sup> Artículo 11.7 del *Ambulance Service Provider Agreement between Medical Card System, Inc. and Mercado Ambulance Corp. Tax ID Number: 660678417*, Apéndice del Recurso de Revisión Administrativa, en la pág. 54.

Puerto Rico. Abona aún más a la conclusión de que la Oficina del Comisionado no carece de jurisdicción para intervenir en la controversia trabada entre las partes el hecho de que el Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico no limita expresamente el ejercicio de jurisdicción del Comisionado a que las partes hayan adoptado los plazos específicos de la *Ley para el Pago Puntual*. Por último, debe destacarse que las alegaciones de la querrela versan específicamente sobre la necesidad de los servicios facturados.

En estas circunstancias, resolvemos que la Oficina del Comisionado de Seguros tenía jurisdicción para intervenir en la controversia originada entre las partes. Estas acogieron el esquema procesal previsto en la *Ley para el Pago Puntual* puertorriqueña y adoptaron esencialmente los mismos plazos previstos para facturar y objetar las facturas según la ley original.

Por lo expuesto, corresponde revocar la determinación de la Oficina del Comisionado de Seguros y devolver el caso a dicha entidad para que atienda los planteamientos formulados por Mercado Ambulance; claro está, en el contexto particular de los plazos por ellos pactados.

Lo dicho basta para revocar la determinación recurrida y devolver el caso a la Oficina del Comisionado de Seguros para que ejerza su jurisdicción sobre los asuntos planteados por *Mercado Ambulance Corp.* El caso se devolverá para que continúen los procedimientos en la misma etapa procesal que se encontraban cuando la Oficina del Comisionado determinó decretar el archivo del expediente de investigación.

Por ello, es innecesario expresarnos en esta etapa sobre lo planteado en los señalamientos de error número 2, 3 y 4. Estos atañen a los méritos de la querrela y soslayan el hecho de que los procesos ulteriores al cierre y archivo de la querrela inicial

(decretada el 21 de julio de 2015) solo pretendían cuestionar el rechazo de la entidad recurrida a ejercer su jurisdicción.

**IV.**

Por los fundamentos expuestos, **REVOCAMOS** la resolución recurrida y devolvemos el caso a la OCS para que continúen los procedimientos conforme a lo aquí resuelto.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís  
Secretaria del Tribunal de Apelaciones