

Share of Cost (SOC)



6/11/2024

3

Purpose

The purpose of this module is to define member Share of Cost (SOC), to familiarize participants with the process, to discuss the *Share of Cost Case Summary* form and to explain SOC certification.

4

Objectives

Our objectives today will be to:

- Define the SOC process
- Explain how aid codes and/or specific services may relate to SOC
- Identify how Medi-Cal claims will reflect SOC clearance information
- Review the *Share of Cost Case Summary* form

5

SOC/Spend Down Transactions

Some Medi-Cal members must pay or agree to be obligated to pay a monthly dollar amount toward their medical expenses before they qualify for Medi-Cal benefits:

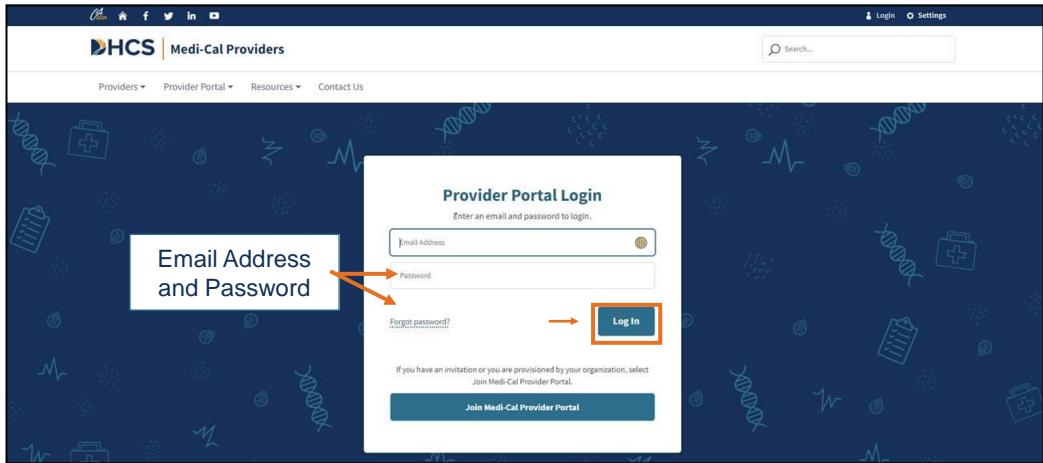
- This dollar amount is called Share of Cost (SOC) also known as Spend Down
- A Medi-Cal member's SOC is similar to a private insurance plan's out-of-pocket deductible

6

Logging into Transaction Center

7

Logging into Provider Portal



[Medi-Cal Provider Portal](#)

8

Select An Organization

Select an organization

Account

Provider

Search By Provider Legal Name

Search

Fill in the needed search criteria to search for an organization

9

9

Provider Portal Dashboard

Home

Dashboard

Notifications

New Correspondence

Checkwrite Inquiry

Submitter Management

Medical Group

0 Pending Requests

Transaction Center

Get Started

NPI Agreements and Settings

PIN Management

835 Receiver Management

Transactions Available

Presumptive Eligibility Provider Agreements

Administration

1 Organizations

5 Users

Manage Users

Correspondence Center

View Correspondence

Go Paperless

Sign Out

Settings

My Account

Notifications

NPI

10

10

SOC Verification

If a member has paid or obligated a SOC, it must be cleared.

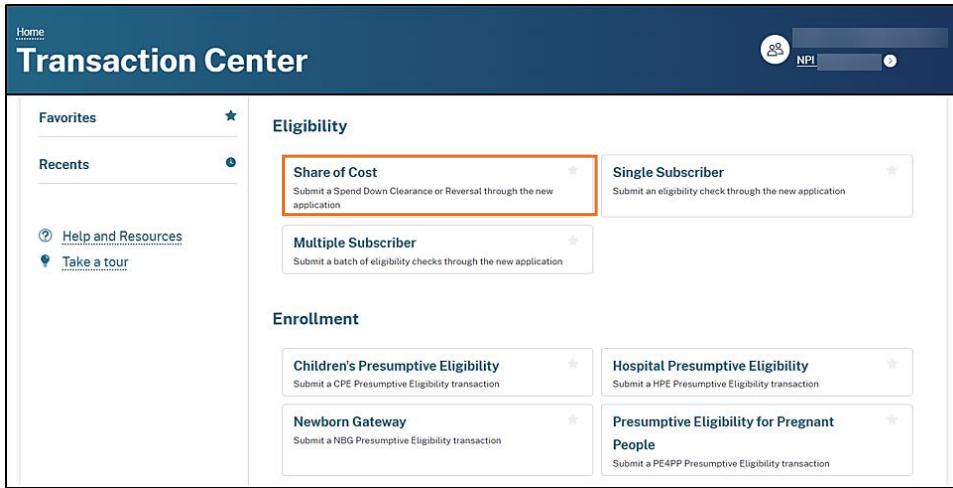
Providers can do this by logging into Transaction Center.

Providers have the option of applying or reversing a SOC by indicating which transaction they want to complete.

The provider can only reverse a SOC if the total SOC has not been cleared.

11

SOC Verification



The screenshot shows the Transaction Center interface with the following layout:

- Header:** Home, Transaction Center, NPI [redacted], [user icon]
- Left Sidebar:** Favorites (star icon), Recents (circle icon), Help and Resources (info icon), Take a tour (location icon).
- Eligibility Section:** Share of Cost (button with orange border), Single Subscriber, Multiple Subscriber.
- Enrollment Section:** Children's Presumptive Eligibility, Hospital Presumptive Eligibility, Newborn Gateway, Presumptive Eligibility for Pregnant People.

12

SOC/Spend Down Clearance

Home / Transaction Center

Share of Cost (SOC)

SOC / Spend Down Clearance * indicates required field

SOC Application/Reversal

SOC (Spend Down) Application SOC (Spend Down) Reversal

SOC (Spend Down) Transaction Detail

Subscriber ID * BIC or CIN number Issue Date * mm/dd/yyyy

Subscriber Birth Date * mm/dd/yyyy Service Date * mm/dd/yyyy

Procedure Code * Total Claim Charge Amount *
Procedure Code Charge Amount

Case Number SOC (Spend Down) Amount Applied
Case Number Amount Applied

Submit

13

SOC/Spend Down Clearance Response

SOC/Spend Down Clearance transaction performed by 043427060 on Thursday October 17th 2024 at 2:52:03 PM PST

SUBSCRIBER LAST NAME: [REDACTED] SOC/SPEND DOWN AMT DEDUCTED: \$100.00. REMAINING SOC/SPEND DOWN \$1100.00. SOC/SPEND DOWN CLEARANCE APPLIED. MEDI-CAL SUBSCRIBER HAS A 512280 SOC/SPEND DOWN PART A, B MEDICARE COV W/MEDICARE ID #. BILL MEDICARE COVERED SVCS TO MEDICARE BEFORE MEDI-CAL.

Subscriber Name:	Subscriber ID:
Subscriber Birth Date:	Issue Date:
Procedure Code:	Total Claim Charge Amount:
99212	\$1,200.00
Case Number:	Spend Down Amount Applied:
	\$100.00
Primary Aid Code:	First Special Aid Code:
Second Special Aid Code:	Third Special Aid Code:
Responsible County:	Medicare ID:
Service Date:	Trace Number / Eligibility Verification Confirmation:
05/01/2024	
Spend Down Total Obligation: \$1,200.00	Spend Down Total Remaining: \$1,100.00

New Eligibility Inquiry

14

SOC Certification

Not Eligible

- For Medi-Cal benefits until monthly SOC dollar amount has been certified

Certification

- Verifies member has paid or obligated to pay for the entire monthly SOC amount

Eligibility Verification Confirmation Number

- Displayed in the Medi-Cal Eligibility Verification system message

15

Obligation Payments

Obligated payment means the provider allows the member to pay for the services at a later date or through an installment plan:

- These payments may be used to clear a SOC.
- Obligation agreements are between the member and the provider and should be in writing, signed by both parties.

16

Clearance Transaction

SOC clearance transaction should be conducted immediately

Delays of SOC clearance may prevent the member from receiving other services

To reverse SOC transactions, specify that the entry is a reversal transaction

Providers will receive confirmation when the reversal is complete

Once the SOC has been cleared, providers can no longer conduct a reversal

17



Knowledge Check

18

18

Scope of Coverage

21

Long-Term Care (LTC) Scope of Coverage

Long-Term Care (LTC) facilities may be required to perform SOC clearance transactions when:

- A member with an unmet SOC is admitted, or
- A member's SOC exceeds the total charges of the Medi-Cal rate for a given month's stay

LTC facilities must perform an eligibility verification transaction every month for each Medi-Cal member residing in the facility.

22

Obstetrics SOC

When the provider bills on a global basis for obstetric services, arrangements must also be made to collect or obligate the SOC for:

- Initial antepartum visit (HCPCS code Z1032) and
- Non-global obstetric services (for example, sonogram or amniocentesis)

Note: When the intent to bill globally is prevented because the patient moves or leaves care, providers bill on a fee-for-service basis and collect the SOC for each month.

23

Comprehensive Perinatal Services SOC

Members who choose to participate in the Comprehensive Perinatal Services Program (CPSP) and receive services are required to pay or obligate their SOC each month even if the obstetrical services are billed globally.

24

Multiple Program Coverage



25

Multiple Program Coverage

Example: Partial Eligibility message for recipient with multiple eligibility

SUBSCRIBER LAST NAME: [REDACTED], CNTY. CODE: 34, PRIMARY AID CODE: 48,
MEDI-CAL ELIGIBLE FOR PREGNANCY/POSTPARTUM RELATED MEDICAL
SVCS W/NO SOC FOR ALL OTHER MEDI-CAL SVCS, RECIPT. HAS SOC OF
\$50.00, REMAINING SOC \$ 50.00

26

County Medical Services Program (CMSP)

SOC is calculated independently for CMSP and Medi-Cal; however, the same member income is included in both calculations.

Providers may apply the same services used to clear a Medi-Cal SOC obligation to clear a CMSP SOC obligation.

Two separate transactions are required.

27

Medicare/Medi-Cal Crossover Claims

Some members who are entitled to Medicare also have Medi-Cal with a SOC:

- Member's liability is limited to Medicare deductible & co-insurance amount
- Collect Medicare deductible before collecting Medi-Cal SOC

28



Knowledge Check

29

29

Multiple Case Numbers

32

13

Multiple Case Numbers

Eligibility messages may include multiple case numbers. When there are two or more case numbers in an eligibility verification message, they are listed in numerical order.

33

Multiple Case Numbers

Members who have multiple case numbers listed in their eligibility message will receive the ***Share of Cost Case Summary*** form monthly:

- Providers must refer to the form to determine which case numbers correspond to which member
- Members who are in more than one SOC case will receive the form, which lists all of the cases for which the member may clear a SOC.

34

Sneed V. Kizer Lawsuit

According to the **Sneed v. Kizer** lawsuit, a member's eligibility and SOC must be determined using his/her own property. Children and spouses within the same family may have varying SOCs and, therefore, multiple case numbers are listed on the *Share of Cost Case Summary* form.

35

SHARE OF COST CASE SUMMARY CARRY THIS WITH YOU TO YOUR MEDICAL APPOINTMENTS RESUMEN DEL CASO DE LA PARTE DEL COSTO LLEVE ESTO CONSIGO A SUS CITAS MEDICAS																																									
SUBSCRIBER NAME 1234 MAIN AVENUE ANYTOWN, CA 99999-9999																																									
THE SHARE OF COST FAMILY GROUPINGS for the month of _____ are:																																									
<p>This information is being sent to you because your medical expenses may be used to meet your share of cost, if any, or the share of cost of other family members. This is because you appear in more than one family group. Other family members may only use their medical expenses to meet their own share of cost for the month.</p> <p>Se le envia esta informacion puesto que es posible que sus gastos medicos puedan utilizarse para cumplir con su parte del costo, si tiene alguna, o la parte del costo de otros miembros de la familia. Esto es debido a que usted aparece en mas de un grupo familiar. Otros miembros de la familia solo pueden utilizar sus gastos medicos para cumplir con su propia parte del costo para el mes. Las agrupaciones familiares para la parte del costo son.</p>																																									
BENEFICIARY NAME NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MEDS ID NO. DE IDENT. DEL MEDS	AID CODE CLAVE de ASISTENCIA	BIRTHDATE DIA DE NACIMIENTO	SOC AMT CANTIDAD DEL SOC																																					
<table border="1"> <tr> <td>CASE NUMBER/Numero de caso:</td> <td>01-1234567-0</td> <td>\$ 1,200.</td> </tr> <tr> <td>Parent 1</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parent 2</td> <td>IE</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">CASE NUMBER/Numero de caso: 01-1234567-A \$ 1,200.</td> </tr> <tr> <td>Child 1</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parent 1</td> <td>RR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parent 2</td> <td>RR</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>CASE NUMBER/Numero de caso:</td> <td>01-1234567-B</td> <td>\$ 100.</td> </tr> <tr> <td>Child 2</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parent 1</td> <td>RR</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						CASE NUMBER/Numero de caso:	01-1234567-0	\$ 1,200.	Parent 1	37		Parent 2	IE		CASE NUMBER/Numero de caso: 01-1234567-A \$ 1,200.			Child 1	37		Parent 1	RR		Parent 2	RR		<table border="1"> <tr> <td>CASE NUMBER/Numero de caso:</td> <td>01-1234567-B</td> <td>\$ 100.</td> </tr> <tr> <td>Child 2</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parent 1</td> <td>RR</td> <td></td> </tr> </table>						CASE NUMBER/Numero de caso:	01-1234567-B	\$ 100.	Child 2	37		Parent 1	RR	
CASE NUMBER/Numero de caso:	01-1234567-0	\$ 1,200.																																							
Parent 1	37																																								
Parent 2	IE																																								
CASE NUMBER/Numero de caso: 01-1234567-A \$ 1,200.																																									
Child 1	37																																								
Parent 1	RR																																								
Parent 2	RR																																								
<table border="1"> <tr> <td>CASE NUMBER/Numero de caso:</td> <td>01-1234567-B</td> <td>\$ 100.</td> </tr> <tr> <td>Child 2</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parent 1</td> <td>RR</td> <td></td> </tr> </table>						CASE NUMBER/Numero de caso:	01-1234567-B	\$ 100.	Child 2	37		Parent 1	RR																												
CASE NUMBER/Numero de caso:	01-1234567-B	\$ 100.																																							
Child 2	37																																								
Parent 1	RR																																								

36

Unpaid Medical Expenses: Hunt V. Kizer

General Policy: Hunt V. Kizer:

- DHCS no longer imposes time limits on unpaid medical expenses Medi-Cal members may use to meet their SOC
- CMSP was not part of the Hunt V Kizer lawsuit, however CMSP adopted the court-ordered SOC changes to unpaid medical expenses

37

37

Unpaid Medical Expenses: Johnson v. Rank

Johnson v. Rank LTC policy:

- Unpaid medical bills are still applied against current SOC for LTC patients. Continue to deduct from SOC the bills and receipts submitted within last 2 months.

38

38



Knowledge Check

39

39

Claim Form Completion

42

CMS-1500 Claim Form: Fields 10d and 29

SOC amounts are entered in these fields of the CMS-1500 claim form:

- Claim Codes (**Box 10d**)
- Amount Paid (**Box 29**)

10d CLAIM CODES (Designated by NUCC)	500
29 TOTAL CHARGE	\$ 20 00
	\$ 5 00

Enter full dollar and cents amount, even if the amount is even. Do not enter decimal points(.) or dollar signs(\$).

43

UB-04 and SOC Placement

SOC amounts are entered in these fields of the UB-04 claim form:

- Code “23” (**Field 39**)
- Value Codes Amount

39	VALUE CODES	40	VALUE CODES	41	VALUE CODES
CODE	AMOUNT	CODE	AMOUNT	CODE	AMOUNT
23	5000				

Enter full dollar and cents amount, even if the amount is even. Do not enter decimal points(.) or dollar signs(\$).

44

Example SOC Scenarios

45

Scenario 1: Multiple Services Different Dates

A member with an abscess on her finger goes to the doctor's office. The doctor examines the finger and sends the patient home with some initial treatment instructions. The abscess does not clear up and she returns for an appointment to drain the abscess the next day. **The member has a \$40.00 SOC.**

Dates	Service	Paid	SOC Cleared	SOC Balance
06/01/22	Office Visit	\$20.00	\$20.00	\$20.00
06/14/22	Office Visit	\$15.00	\$15.00	\$15.00
06/15/22	Drainage	\$20.00	\$5.00	
TOTAL:		\$ 55.00	minus \$40.00 =	\$15.00

46

Claim Completion

What information would be submitted on this CMS-1500 claim form?

1. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME: **500**

2. READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE: I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP): **06 15 22**

15. OTHER DATE: **11**

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION: **2000**

17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE: **176 NPI**

18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES: **176 NPI**

19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY: **D1D1D1D** ICD-10: **0**

22. TRANSMISSION CODE: **0** ORIGINAL REF. NO.

23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

24. A. DATE(S) OF SERVICE: **06 15 22** B. FROM: **11** C. TO: **10060 AG** D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES: **2000** E. DIAGNOSIS CODE: **NPI**

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER: **06 15 22** 26. PATIENT'S ACCOUNT NO.: **11** 27. ACCEPT ASSIGNMENT? **YES** 28. TOTAL CHARGE: **\$ 20 00** 29. AMOUNT PAID: **\$ 5 00** 30. Read for NUCC Use

47

Scenario 2: Multiple Services on Same Date

A member requires speech therapy services and receives two speech therapy services on the same day. **Member has an \$85.00 SOC.**

Dates	Service	Amount	SOC Cleared
06/02/22	Speech Evaluation.	\$75.00	\$75.00
06/02/22	Speech Therapy	\$50.00	\$10.00

Total Charges: \$125.00 minus (SOC) \$85.00 = Reimbursement \$40.00

48

Claim Completion

What information would be submitted on the CMS-1500 claim form?

4. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	5. INS. CLAIM CODES (Designated by NUCC)	6. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?
8500		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
7. REASON FOR FORM BEFORE COMPLETION		
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE: I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment from me.		
13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE: I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment from me.		
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, OR PREGNANCY (MM DD YY) 15. OTHER DATE (MM DD YY)		
16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION (MM DD YY) FROM (MM DD YY) TO (MM DD YY)		
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE (17a) (17b) (17c) (NPI)		
18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES (MM DD YY) FROM (MM DD YY) TO (MM DD YY)		
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)		
20. OUTSIDE LAST 5 CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY: Refer to line below (24E) ICD Ind. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (5610) (5611) (5612) (5613) (5614) (5615) (5616) (5617) (5618) (5619) (5620) (5621) (5622) (5623) (5624) (5625) (5626) (5627) (5628) (5629) (5630) (5631) (5632) (5633) (5634) (5635) (5636) (5637) (5638) (5639) (5640) (5641) (5642) (5643) (5644) (5645) (5646) (5647) (5648) (5649) (5650) (5651) (5652) (5653) (5654) (5655) (5656) (5657) (5658) (5659) (5660) (5661) (5662) (5663) (5664) (5665) (5666) (5667) (5668) (5669) (56610) (56611) (56612) (56613) (56614) (56615) (56616) (56617) (56618) (56619) (56620) (56621) (56622) (56623) (56624) (56625) (56626) (56627) (56628) (56629) (56630) (56631) (56632) (56633) (56634) (56635) (56636) (56637) (56638) (56639) (56640) (56641) (56642) (56643) (56644) (56645) (56646) (56647) (56648) (56649) (56650) (56651) (56652) (56653) (56654) (56655) (56656) (56657) (56658) (56659) (56660) (56661) (56662) (56663) (56664) (56665) (56666) (56667) (56668) (56669) (566610) (566611) (566612) (566613) (566614) (566615) (566616) (566617) (566618) (566619) (566620) (566621) (566622) (566623) (566624) (566625) (566626) (566627) (566628) (566629) (566630) (566631) (566632) (566633) (566634) (566635) (566636) (566637) (566638) (566639) (566640) (566641) (566642) (566643) (566644) (566645) (566646) (566647) (566648) (566649) (566650) (566651) (566652) (566653) (566654) (566655) (566656) (566657) (566658) (566659) (566660) (566661) (566662) (566663) (566664) (566665) (566666) (566667) (566668) (566669) (5666610) (5666611) (5666612) (5666613) (5666614) (5666615) (5666616) (5666617) (5666618) (5666619) (5666620) (5666621) (5666622) (5666623) (5666624) (5666625) (5666626) (5666627) (5666628) (5666629) (5666630) (5666631) (5666632) (5666633) (5666634) (5666635) (5666636) (5666637) (5666638) (5666639) (5666640) (5666641) (5666642) (5666643) (5666644) (5666645) (5666646) (5666647) (5666648) (5666649) (5666650) (5666651) (5666652) (5666653) (5666654) (5666655) (5666656) (5666657) (5666658) (5666659) (5666660) (5666661) (5666662) (5666663) (5666664) (5666665) (5666666) (5666667) (5666668) (5666669) (56666610) (56666611) (56666612) (56666613) (56666614) (56666615) (56666616) (56666617) (56666618) (56666619) (56666620) (56666621) (56666622) (56666623) (56666624) (56666625) (56666626) (56666627) (56666628) (56666629) (56666630) (56666631) (56666632) (56666633) (56666634) (56666635) (56666636) (56666637) (56666638) (56666639) (56666640) (56666641) (56666642) (56666643) (56666644) (56666645) (56666646) (56666647) (56666648) (56666649) (56666650) (56666651) (56666652) (56666653) (56666654) (56666655) (56666656) (56666657) (56666658) (56666659) (56666660) (56666661) (56666662) (56666663) (56666664) (56666665) (56666666) (56666667) (56666668) (56666669) (566666610) (566666611) (566666612) (566666613) (566666614) (566666615) (566666616) (566666617) (566666618) (566666619) (566666620) (566666621) (566666622) (566666623) (566666624) (566666625) (566666626) (566666627) (566666628) (566666629) (566666630) (566666631) (566666632) (566666633) (566666634) (566666635) (566666636) (566666637) (566666638) (566666639) (566666640) (566666641) (566666642) (566666643) (566666644) (566666645) (566666646) (566666647) (566666648) (566666649) (566666650) (566666651) (566666652) (566666653) (566666654) (566666655) (566666656) (566666657) (566666658) (566666659) (566666660) (566666661) (566666662) (566666663) (566666664) (566666665) (566666666) (566666667) (566666668) (566666669) (5666666610) (5666666611) (5666666612) (5666666613) (5666666614) (5666666615) (5666666616) (5666666617) (5666666618) (5666666619) (5666666620) (5666666621) (5666666622) (5666666623) (5666666624) (5666666625) (5666666626) (5666666627) (5666666628) (5666666629) (5666666630) (5666666631) (5666666632) (5666666633) (5666666634) (5666666635) (5666666636) (5666666637) (5666666638) (5666666639) (5666666640) (5666666641) (5666666642) (5666666643) (5666666644) (5666666645) (5666666646) (5666666647) (5666666648) (5666666649) (5666666650) (5666666651) (5666666652) (5666666653) (5666666654) (5666666655) (5666666656) (5666666657) (5666666658) (5666666659) (5666666660) (5666666661) (5666666662) (5666666663) (5666666664) (5666666665) (5666666666) (5666666667) (5666666668) (5666666669) (56666666610) (56666666611) (56666666612) (56666666613) (56666666614) (56666666615) (56666666616) (56666666617) (56666666618) (56666666619) (56666666620) (56666666621) (56666666622) (56666666623) (56666666624) (56666666625) (56666666626) (56666666627) (56666666628) (56666666629) (56666666630) (56666666631) (56666666632) (56666666633) (56666666634) (56666666635) (56666666636) (56666666637) (56666666638) (56666666639) (56666666640) (56666666641) (56666666642) (56666666643) (56666666644) (56666666645) (56666666646) (56666666647) (56666666648) (56666666649) (56666666650) (56666666651) (56666666652) (56666666653) (56666666654) (56666666655) (56666666656) (56666666657) (56666666658) (56666666659) (56666666660) (56666666661) (56666666662) (56666666663) (56666666664) (56666666665) (56666666666) (56666666667) (56666666668) (56666666669) (566666666610) (566666666611) (566666666612) (566666666613) (566666666614) (566666666615) (566666666616) (566666666617) (566666666618) (566666666619) (566666666620) (566666666621) (566666666622) (566666666623) (566666666624) (566666666625) (566666666626) (566666666627) (566666666628) (566666666629) (566666666630) (566666666631) (566666666632) (566666666633) (566666666634) (566666666635) (566666666636) (566666666637) (566666666638) (566666666639) (566666666640) (566666666641) (566666666642) (566666666643) (566666666644) (566666666645) (566666666646) (566666666647) (566666666648) (566666666649) (566666666650) (566666666651) (566666666652) (566666666653) (566666666654) (566666666655) (566666666656) (566666666657) (566666666658) (566666666659) (566666666660) (566666666661) (566666666662) (566666666663) (566666666664) (566666666665) (566666666666) (566666666667) (566666666668) (566666666669) (5666666666610) (5666666666611) (5666666666612) (5666666666613) (5666666666614) (5666666666615) (5666666666616) (5666666666617) (5666666666618) (5666666666619) (5666666666620) (5666666666621) (5666666666622) (5666666666623) (5666666666624) (5666666666625) (5666666666626) (5666666666627) (5666666666628) (5666666666629) (5666666666630) (5666666666631) (5666666666632) (5666666666633) (5666666666634) (5666666666635) (5666666666636) (5666666666637) (5666666666638) (5666666666639) (5666666666640) (5666666666641) (5666666666642) (5666666666643) (5666666666644) (5666666666645) (5666666666646) (5666666666647) (5666666666648) (5666666666649) (5666666666650) (5666666666651) (5666666666652) (5666666666653) (5666666666654) (5666666666655) (5666666666656) (5666666666657) (5666666666658) (5666666666659) (5666666666660) (5666666666661) (5666666666662) (5666666666663) (5666666666664) (5666666666665) (5666666666666) (5666666666667) (5666666666668) (5666666666669) (56666666666610) (56666666666611) (56666666666612) (56666666666613) (56666666666614) (56666666666615) (56666666666616) (56666666666617) (56666666666618) (56666666666619) (56666666666620) (56666666666621) (56666666666622) (56666666666623) (56666666666624) (56666666666625) (56666666666626) (56666666666627) (56666666666628) (56666666666629) (56666666666630) (56666666666631) (56666666666632) (56666666666633) (56666666666634) (56666666666635) (56666666666636) (56666666666637) (56666666666638) (56666666666639) (56666666666640) (56666666666641) (56666666666642) (56666666666643) (56666666666644) (56666666666645) (56666666666646) (56666666666647) (56666666666648) (56666666666649) (56666666666650) (56666666666651) (56666666666652) (56666666666653) (56666666666654) (56666666666655) (56666666666656) (56666666666657) (56666666666658) (56666666666659) (56666666666660) (56666666666661) (56666666666662) (56666666666663) (56666666666664) (56666666666665) (56666666666666) (56666666666667) (56666666666668) (56666666666669) (566666666666610) (566666666666611) (566666666666612) (566666666666613) (566666666666614) (566666666666615) (566666666666616) (566666666666617) (566666666666618) (566666666666619) (566666666666620) (566666666666621) (566666666666622) (566666666666623) (566666666666624) (566666666666625) (566666666666626) (566666666666627) (566666666666628) (566666666666629) (566666666666630) (566666666666631) (566666666666632) (566666666666633) (566666666666634) (566666666666635) (566666666666636) (566666666666637) (566666666666638) (566666666666639) (566666666666640) (566666666666641) (566666666666642) (566666666666643) (566666666666644) (566666666666645) (566666666666646) (566666666666647) (566666666666648) (566666666666649) (566666666666650) (566666666666651) (566666666666652) (566666666666653) (566666666666654) (566666666666655) (566666666666656) (566666666666657) (566666666666658) (566666666666659) (566666666666660) (566666666666661) (566666666666662) (566666666666663) (566666666666664) (566666666666665) (566666666666666) (566666666666667) (566666666666668) (566666666666669) (5666666666666610) (5666666666666611) (5666666666666612) (5666666666666613) (5666666666666614) (5666666666666615) (5666666666666616) (5666666666666617) (5666666666666618) (5666666666666619) (5666666666666620) (5666666666666621) (5666666666666622) (5666666666666623) (5666666666666624) (5666666666666625) (5666666666666626) (5666666666666627) (5666666666666628		

Claim Completion

What information would be submitted on the **UB-04** claim form?

51

Scenario: Same Date Of Service

Dates	Service	Amount	SOC Cleared
06/18/22	ER Use (Z7502)	\$50.00	\$60.00
06/18/22	Panel Test (80061)	\$30.00	
06/18/22	Amino Acid (82127)	\$15.00	
06/18/22	Collection/Handling (99000)	\$5.00	
06/18/22	ER Use (Z7502)	\$24.50	
		\$124.50	\$60.00

Total Charges: \$124.50 minus (SOC) \$60.00 = **Reimbursement \$64.50**

52

Claim Completion

What information will be submitted on this outpatient UB-04 claim form?

53

References

Provider Manual References:

Part 1

*County Medical Services Program (CMSP) (county med)
Share of Cost (SOC) (share)*

Part 2

*Share of Cost (SOC): CMS-1500 (share cms)
Share of Cost (SOC): UB-04 for Inpatient Services (share ip)
Share of Cost (SOC): UB-04 for Long Term Care (share ltc)
Share of Cost (SOC): UB-04 for Outpatient Services (share op)*

54

Resources

- [Medi-Cal Provider Website](#)
 - Provider Manuals and Provider Bulletins
 - Medi-Cal Subscription Service (MCSS)
- [Medi-Cal Learning Portal \(MLP\)](#)
- Telephone Services Center (TSC): 1-800-541-5555
- Provider Field Representatives
- Claims Assistance Room (CAR)
- Small Provider Billing Assistance and Training (SPBU):
1-916-636-1275

55

55

Acronyms

Acronym	Description
CAR	Claims Assistance Room
CIF	Claims Inquiry Form
CMSP	County Medical Services Program
CPSP	Comprehensive Perinatal Services Program
DHCS	Department of Health Care Services
EVC	Eligibility Verification Confirmation
HCPCS	Healthcare Common Procedure Coding System
IE	Ineligible
LTC	Long-Term Care

56

Acronyms

Acronym	Description
MCSS	Medi-Cal Subscription Service
MLP	Medi-Cal Learning Portal
NPI	National Provider Identifier
RR	Responsible Relative
SOC	Share of Cost
SPBU	Small Provider Billing Unit
TSC	Telephone Service Center

57

Objectives Met

- Defined the SOC process
- Explained how aid codes and/or specific services may relate to SOC
- Identified how Medi-Cal claims will reflect SOC clearance information
- Reviewed the *Share of Cost Case Summary* form

58

Share of Cost (SOC)

