

Ascension St. Vincent

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

01/01/23

POLITIQUE/PRINCIPES

La politique des entreprises désignées ci-dessous dans ce paragraphe (chacune étant désignées par le terme « l'Entreprise ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement indispensables dans les locaux de l'Entreprise. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients ayant besoin d'une aide financière et qui bénéficient de soins de la part de l'Entreprise. Cette politique s'applique à chacune des Entreprises suivantes au sein d'Ascension St. Vincent :

St. Vincent Carmel Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Carmel

1. Toutes les aides financières reflèteront notre engagement et notre estime envers la dignité humaine et le bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et envers d'autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une notion de justice et de gérance équitables.
2. Cette politique s'applique à tous les services d'urgence et à d'autres soins médicaux indispensables fournis par l'Entreprise, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux frais pour les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires pris en charge par la politique d'aide financière reprend la liste des prestataires dans les locaux de l'Entreprise et précise si les soins sont couverts ou non par la Politique d'aide financière.

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente Politique, les définitions suivantes s'appliquent :

- « **501(r)** » désigne la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **Amount Generally Billed ou AGB** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- La « **Communauté** » désigne le secteur de service principal d'Ascension St. Vincent Carmel, sans limitation, correspondant au comté de Hamilton, dans le centre de l'Indiana. Un Patient sera également considéré comme un membre de la communauté de l'Entreprise si les soins d'urgence et médicalement nécessaires dont il a besoin sont dans la continuité des soins d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement d'Ascension Health dans lequel le patient a droit à une aide financière.
- « **Soins d'urgence** » désigne les soins pour traiter un problème médical qui se manifeste par des symptômes aigus d'une telle gravité (y compris des douleurs intenses) que l'absence d'aide médicale immédiate pourrait entraîner une atteinte fonctionnelle grave de l'organisme, le dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps, voire mettre la santé de la personne en grand danger.

- « **Soins médicalement nécessaires** » désigne des soins (1) appropriés, cohérents et essentiels pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de l'état d'un patient ; (2) la fourniture ou le niveau de service le plus approprié pour l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité ; (3) non fourni principalement pour la commodité du patient, de la famille du patient, du médecin ou de la personne qui s'occupe du patient et (4) plus susceptible d'entraîner un bénéfice pour le patient plutôt qu'un préjudice. Pour que les futurs soins programmés soient des « soins médicalement nécessaires », les soins et le calendrier de soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'Entreprise (ou son représentant). La détermination des soins médicalement nécessaires doit être faite par un prestataire agréé fournissant des soins médicaux au patient et, à la demande de l'Entreprise, par le médecin chargé de l'admission, le médecin référant et/ou le médecin-chef ou tout autre médecin régulateur (selon le type de soins recommandés). Dans le cas où les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement indispensables par le médecin chargé d'étudier sa demande, cette détermination doit être confirmée par le médecin à l'origine de son admission ou de la recommandation.
- « **L'Entreprise** » désigne *St. Vincent Carmel Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Carmel*.
- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires au sein de l'Entreprise et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

Aide financière fournie

L'aide financière décrite dans cette section se limite aux patients qui résident dans la Communauté :

1. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du revenu fédéral au niveau de la pauvreté (« FPL »), seront éligibles à des soins caritatifs à 100 % sur la partie des frais de services dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient est jugé admissible en vertu de l'évaluation de solvabilité (décrite au paragraphe 5 ci-dessous), ou s'il soumet une demande d'assistance financière (une « Demande ») au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie du patient et que la Demande est approuvée par l'Entreprise. Le Patient aura droit à une aide financière allant jusqu'à 100 % s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas, le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte. Un Patient admissible à cette catégorie d'assistance financière ne sera pas facturé au delà des frais de l'AGB calculés.
2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, les Patients dont les revenus sont supérieurs à 250 % du FPL, mais ne dépassant pas 400 % du FPL, bénéficieront d'une réduction dégressive sur la partie des frais des services fournis dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Entreprise. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction à échelle variable s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à la réduction au titre de l'« examen des moyens d'existence » ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. La réduction à échelle variable est la suivante :

Tableau de calculs selon les directives HHS de 2022*						
Services hospitaliers						
Taille du foyer	FPL*	Soins caritatifs		Programme d'aide financière***		
		0 à 138 %	jusqu'à 250 %	jusqu'à 300 %	jusqu'à 350 %	jusqu'à 400 %
1	\$ 13,590	\$ 18,754	\$33,975	\$40,770	\$47,565	\$54,360
2	\$ 18,310	\$ 25,268	\$45,775	\$54,930	\$64,085	\$73,240
3	\$ 23,030	\$ 31,781	\$57,575	\$69,090	\$80,605	\$92,120
4	\$ 27,750	\$ 38,295	\$69,375	\$83,250	\$97,125	\$111,000
5	\$ 32,470	\$ 44,809	\$81,175	\$97,410	\$113,645	\$129,880
6	\$ 37,190	\$ 51,322	\$92,975	\$111,570	\$130,165	\$148,760
7	\$ 41,910	\$ 57,836	\$104,775	\$125,730	\$146,685	\$167,640
8**	\$ 46,630	\$ 64,349	\$116,575	\$139,890	\$163,205	\$186,520
Classification		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5
Rabais		100%	100%	90%	80%	73%
Application du rabais	1) L'aide financière pour les non-assurés et le rabais pour les payeurs autonomes sont basés sur le total des frais. 2) Le rabais pour les assurés est basé sur la responsabilité du patient ou le solde dû. 3) Les niveaux de revenu sont basés sur le revenu annuel du foyer.					

* «Les directives sur la pauvreté mises à jour périodiquement dans le Federal Register par le Département américain de la santé et des services sociaux sous l'autorité de 42 États-Unis d'Amérique. 9902 (2). »

* Consulter <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

** Pour toute personne supplémentaire à 100 % du niveau de pauvreté, ajouter \$4720 (puis, au besoin, multiplier jusqu'à 400 %)

***Un patient sera admissible à une assistance financière conformément à l'examen des ressources s'il a une dette médicale totale excessive, qui comprend Ascension et tout autre fournisseur de soins de santé pour les soins d'urgence et autres soins médicaux nécessaires, qui est égal ou supérieur au revenu brut du ménage de ce patient.

Le niveau d'assistance financière fournie conformément à l'examen des ressources sera accordé au niveau de la remise la plus basse (c'est-à-dire, la plus grande part de responsabilité du patient) disponible selon l'échelle variable.

3. Sous réserve d'autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, un Patient dont le revenu est supérieur à 400 % du FPL peut être éligible à une assistance financière dans le cadre d'un « examen de ressources » pour une réduction de frais pour les services fournis par l'Entreprise sur la base de la totalité de la créance médicale du Patient. Un Patient aura droit à une aide financière après l'examen de ses ressources, s'il présente une créance médicale totale trop élevée, y compris une créance médicale envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, égale ou supérieure au revenu brut du ménage de ce patient. Le niveau de l'aide financière fourni dans le cadre de l'examen des ressources est le même que celui qui est accordé à un patient dont les revenus sont 400 % le FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240e jour suivant la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Entreprise. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction après examen de ressources, s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à la réduction au titre de l'« examen des moyens d'existence » ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.
4. Un Patient peut ne pas être éligible à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus si ce Patient est considéré comme ayant des actifs suffisants pour payer, suite à un « bilan des actifs ». Le bilan des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement du Patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la demande de FAP. Un Patient dont

les actifs dépassent 250 % du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière.

5. L'éligibilité à l'aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle de revenus et peut inclure l'utilisation d'une évaluation de solvabilité pour un Patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie afin de déterminer l'éligibilité à 100 % des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (« demande FAP »). Si le Patient bénéficie d'une aide caritative à 100 % sans soumettre de demande FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'aide financière auquel le Patient a droit est limité au solde impayé du patient, après prise en compte de tout paiement effectué sur son compte. Une détermination de l'éligibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.
6. Dans le cas d'un Patient affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Entreprise comme « hors réseau », l'Entreprise pourra réduire ou refuser l'aide financière qu'elle accorderait en temps normal au Patient sur la base d'une évaluation des informations d'assurance du patient et d'autres faits et circonstances pertinents.
7. Le Patient peut faire appel de tout refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant des informations supplémentaires à l'Entreprise dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de la notification de refus. Tous les recours seront examinés par l'Entreprise qui émettra une détermination finale. Si la détermination finale confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient. La procédure à suivre par les patients et les familles pour faire appel des décisions de l'Entreprise concernant l'éligibilité à l'aide financière est la suivante :
 - a. Tous les recours devront être introduits par écrit, par courrier, à l'adresse suivante :
Ascension St. Vincent, Vice President of Revenue Cycle, 2001 W 86th St.
Indianapolis, IN 46260.
 - b. Tous les appels seront examinés par le comité d'appel de l'aide financière de l'Entreprise, et les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient ou à la famille qui a déposé l'appel.

Autre aide pour les patients non admissibles à l'aide financière

Les Patients qui ne sont pas admissibles à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Entreprise. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont repris ici, bien qu'ils ne soient pas liés aux besoins et ne fassent pas l'objet de la Section 501(r), mais ils sont inclus ici pour faciliter la démarche au sein de la communauté desservie par l'Entreprise.

1. Les Patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière bénéficieront d'une réduction en fonction de la réduction octroyée au payeur de la part la plus élevée pour cette Entreprise. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Entreprise mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, plus d'un contrat payeur doit être étalé afin que les modalités de paiement utilisées pour l'étalement représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Entreprise pour l'année donnée.
2. Les patients non assurés et assurés qui n'ont pas droit à une aide financière peuvent bénéficier

d'une réduction pour paiement rapide. La réduction pour paiement rapide peut être offerte en plus de la réduction non assurée décrite dans le paragraphe précédent.

Limitations sur les frais des Patients admissibles à l'aide financière

Les Patients admissibles à une aide financière ne seront pas individuellement facturés d'un montant supérieur à L'AGB pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'Entreprise calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en appliquant la méthode dite « rétrospective » et en incluant le programme de « rémunération à l'acte » de Medicare ainsi que toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'Entreprise, conformément à la section 501(r). Un exemplaire gratuit de la description du calcul de l'AGB et des pourcentages peut être obtenu sur le site web de l'Entreprise ou par en visitant n'importe quel service d'inscription des patients ou par courrier en appelant notre service à la clientèle.

Souscription à l'aide financière ou à une autre assistance

Un Patient peut se qualifier pour prétendre à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de demande de souscription au FAP. La demande FAP et les instructions de demande FAP sont disponibles sur le site web de l'Entreprise ou en se rendant dans n'importe quel service d'enregistrement des patients ou par courrier en appelant notre service clientèle. L'Entreprise demandera aux personnes non assurées de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique pour lesquels le patient est considéré comme potentiellement éligible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible et approuvé par une évaluation de solvabilité). Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une demande FAP ou dans le cadre du processus d'éligibilité par évaluation de solvabilité, s'il refuse de céder le produit de l'assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui pourrait être obligée de payer pour les soins fournis, ou s'il refuse de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou autres programmes d'assistance publique pour lesquels il est considéré comme potentiellement éligible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible et approuvé par évaluation de solvabilité). L'Entreprise peut prendre en considération une demande FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité pour prendre une décision sur l'éligibilité pour la période de soins en cours. L'Entreprise ne prendra pas en compte une demande FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité.

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Entreprise peut mener dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la facturation et le recouvrement. Un exemplaire gratuit de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenu sur le site web de l'Entreprise ou en se rendant dans n'importe quel service d'enregistrement des patients ou par courrier en appelant notre service clientèle.

Interprétation

Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, sont destinées à se conformer à la Section 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci, sauf indication contraire.

Ascension St. Vincent Carmel

LISTE DES PRESTATAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

01/01/23

La liste ci-dessous précise quels prestataires de soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dispensés dans l'établissement hospitalier sont couverts par la politique d'assistance financière (FAP). ***Veillez noter que les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ne sont pas couverts par la FAP pour aucun prestataire.***

Prestataires pris en charge par le FAP

Prestataires non pris en charge par le FAP

All St. Vincent Medical Group Physicians	John Abrams MD
All St. Vincent Employed Physicians	Leslie Abrams Tobe MD
St. Vincent Emergency Physicians, Inc.	Noah Agada MD
Indiana Physician Management, LLC.	Vaibhav Agrawal MD
	Jeffrey Agricola DPM
	John Aker MD
	Mona Alqulali MD
	Sewit Amde MD
	Caryn Anderson MD
	Stanton Angermeier MD
	Erica Anspach Will MD
	John Arbuckle MD
	Rickinder Bains DO
	Robert Baltera MD
	Kevin Beadle DDS
	Jay Beagle DDS
	Teresa Beam MD
	Vinayak Belamkar MD
	Bridgit Bell MD
	Cynthia Benedict MD
	Barry Berch MD
	Debra Bergman MD
	Stephanie Bergstein MD
	Feriyi Bhaijee MD
	Richard Biggerstaff MD
	Ruemu Birhiray MD
	Kristine Bolin MD
	Sally Booth MD
	Bradford Bopp MD
	John Bozic DDS

	Kathleen Bradley DDS
	Adam Brazus MD
	Margaret Brengle MD
	Paul Broderick DO
	Mary Brunner MD
	Rodney Bucher MD
	Jason Buckner MD
	Tovah Buikema DO
	Samuel Bullard DDS
	Katherine Bumgardner DDS
	Brenda Cacucci MD
	Rachel Chhiba DPM
	Euna Choi MD
	Tae Kae Chong MD
	James Christenson MD
	Craig Cieciora MD
	Douglas Cifuentes DO
	Anne Clark MD
	Brian Clarke MD
	Ann Collins MD
	Robert Colver MD
	James Cox MD
	Michael Crovello MD
	James Cumming DO
	Kara Czarkowski DDS
	Ann Daniel MD
	Robert Darragh MD
	Casey Delcoco MD
	Dale Dellacqua MD
	George Desilvester MD
	Komal Dhiran MD
	David Diaz MD
	Timothy Dicke MD
	Gregory Dikos MD
	John Dinsmore MD
	Danh Do MD
	Sangeeth Dubbireddi MD
	Don Dubois MD
	Elaine Dupler MD
	Natalie Eden DDS

	Adrienne Einhorn MD
	Maria Ermitano MD
	Christopher Evanson MD
	Joseph Fata MD
	William Fecht MD
	Clifford Fetters MD
	William Finkelmeier MD
	Adam Fisch MD
	Denise Flanagan DDS
	Mary Forkin MD
	Douglas Franke MD
	Shelagh Fraser MD
	Paul Frederick MD
	Arthur Galstian MD
	Jonathan Gentile MD
	Matthew Gentry MD
	Kristi George MD
	Aaron Gerstein MD
	Anna Georgina Gilley MD
	Mahendra Govani MD
	Stephen Greenfield MD
	Aparajita Gupta DDS
	Robert Habig MD
	Scott Hackett MD
	Fyeza Haider MD
	Richard Hallett MD
	Mark Hamilton MD
	Flora Hammond MD
	Carl Hanke MD
	James Hardacker MD
	Samuel Harmon MD
	Montgomery Harrison DO
	Steven Haug DDS
	Chad Hazelrigg DDS
	Michael Henry MD
	Sarah Hill MD
	Scott Himelstein MD
	Julie Hirsch MD
	John Hockema DDS
	Mark Holbreich MD

	Michael Hopen MD
	Emily Hrisomalos MD
	Melissa Huebner MD
	Brandy Hughes MD
	Tod Huntley MD
	Karen Israel MD
	Kiran Ivaturi MD
	Susan Jacob MD
	Marianne Jacobs DO
	Christopher Jones MD
	Laura Juntgen DMD
	Martin Kaefer MD
	David Kaehr MD
	Marc Kappelman MD
	Christine Kelley MD
	Jennie Kho-Duffin MD
	Kristin Kindred DPM
	Katherine Kobza MD
	Stephen Kollias MD
	Edward Kowlowitz MD
	Diana Kozlowski DDS
	Kathryn Krause DMD
	Edward Krowiak MD
	Kenneth Krueger DPM
	Jennifer Kugar DDS
	Christine Kuhn MD
	Dhananjay Kulkarni MD
	Peter Kunz MD
	Benjamin Kuzma MD
	Kent Lancaster MD
	Meredith Langhorst MD
	Earl Lanter MD
	Carlo Lazzaro MD
	Bradford Legge DPM
	Jeffrie Leibovitz DPM
	Timothy Lein MD
	Kimberly Lentz MD
	Raymond Loffer MD
	Andrew Louden MD
	Aaron Ludwig MD

	James Malenkos MD
	Leah Martinson MD
	Patrick Matoole MD
	Raj Maturi MD
	Ian McAlister MD
	Mary Mcateer MD
	Clement Mcdonald MD
	Grant Mcdougal MD
	Melissa Mchenry DDS
	Jaime Mckeever MD
	Anthony Miller DPM
	Norman Mindrebo MD
	Amy Moon MD
	David Morgan DDS
	Jack Moss MD
	Brian Mulherin MD
	Marwan Mustaklem MD
	Martina Mutone MD
	Charles Nakar MD
	David Nathan MD
	Kenneth Ney MD
	Katherine Nichols DDS
	Christopher Obeime MD
	Wojciech Ornowski MD
	Vincent Ostrowski MD
	Michael Pannunzio MD
	David Patterson MD
	Donnis Patton MD
	James Phelps MD
	Erin Phillips DDS
	James Pike DO
	Gregory Poulter MD
	Kofi Quist MD
	Rachael Raffle MD
	Angeli Rampersad MD
	John Ramsey MD
	Pavan Rao MD
	Adrienne Rasbach MD
	David Ratzman MD
	Arthur Rettig MD

	Gregory Reveal MD
	Keith Ridel MD
	Maysa Ridha MD
	Stephanie Rikken MD
	Troy Roberson MD
	Gavin Roberts MD
	Douglas Robertson MD
	Ashley Robey MD
	Bruce Rougraff MD
	Alan Sadove MD
	Maram Said DO
	Peter Sallay MD
	Rick Sasso MD
	Jennifer Satterfield-Siegel DDS
	Andrew Satz MD
	David Scheidler MD
	Donald Schilson MD
	John Schlueter MD
	Wendy Schulte MD
	Alan Schwartz MD
	Jonathan Shook MD
	Jerome Silver MD
	Barbara Siwy MD
	Jerry Smartt MD
	Jonathan Smerek MD
	William Sobat MD
	Leo Solito MD
	Nicole Sonn MD
	Jeremy Spaulding DPM
	Karl Stein MD
	Kira Stockton DDS
	Randall Stoesz MD
	Timothy Story MD
	Daniel Stout MD
	Donald Strobel MD
	Ronald Suh MD
	David Sullivan DPM
	James Sumners MD
	Jessica Swenberg MD
	James Teter MD

	Aiden Thompson MD
	Jeremy Thurgood MD
	Jason Tomsic DO
	Joseph Tortorich DO
	Bruce Van Natta MD
	Jyothi Varanasi MD
	Ashwin Vasudevamurthy MD
	Jeffery Vaught MD
	Steven Veatch MD
	Alejandro Vega MD
	Jose Vitto MD
	Jennifer Vivio MD
	Helen Wang MD
	Brittany Ward MD
	Aaron Warnock DPM
	Michael Welsh MD
	Hiram Whitaker MD
	Christopher Wickman MD
	Matthew Will MD
	Christopher Winters DPM
	Mark Wyant MD
	Shira Yahalom MD
	Abideen Yekinni MD
	Juan Yepes DDS
	Mohamad Yousef MD
	Edward Zdobylak MD
	Rao Zhou MD
	Steven Zirkelbach MD
	Charles Zollman MD