Ascension St. Vincent

RICHTLINIE FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG
10/01/2026

RICHTLINIEN/PRINZIPIEN

Es ist die Richtlinie der unter diesem Absatz angegebenen Organisationen (jede als „Organisation“ bezeichnet), eine sozial gerechte Praktik für die Bereitstellung einer Notfallversorgung oder anderer medizinisch erforderlicher Versorgungsleistungen in den Einrichtungen der Organisation zu gewährleisten. Diese Richtlinie regelt, unter welchen Voraussetzungen speziell jene Patientinnen und Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation Versorgungsleistungen erhalten. Diese Richtlinie gilt für jede der folgenden Organisationen innerhalb von Ascension St. Vincent:

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

1. Wir gewähren finanzielle Unterstützung aus Ehrfurcht vor der Würde jedes einzelnen Menschen und aus Verpflichtung gegenüber dem Allgemeinwohl, wobei unsere besondere Aufmerksamkeit und Solidarität in Armut lebenden Menschen und anderen schutzbedürftigen Personen gilt, basierend auf den Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und der sozialen Verantwortung.

2. Diese Richtlinie gilt für alle von der Organisation geleisteten Notfallversorgung und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen, einschließlich solcher, die von angestelltem ärztlichem Personal erbracht werden, und einschließlich psychosozialer Unterstützungsleistungen. Diese Richtlinie gilt nicht für solche Rechnungen, die für andere als Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Leistungen ausgestellt wurden.

3. Die Liste der Anbieter, die von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind, ist die Liste aller Anbieter, die in den Einrichtungen der Organisation Hilfe leisten, wobei angeben wird, welche durch die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind und welche nicht.

DEFINITIONEN

Im Rahmen dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen:

- „**501(r)**“ bezeichnet Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und die darin enthaltenen Vorschriften.
- „**Allgemeiner Verrechnungsbetrag**“ oder „**AGB**“ (Amount Generally Billed) bezeichnet hinsichtlich Notfallversorgung und anderer medizinisch erforderlicher Versorgung den Betrag, der Personen mit einer Versicherung, die solche Versorgung abdeckt, im Allgemeinen in Rechnung gestellt wird.
- „**Gemeinschaft**“ bezeichnet als primäres Versorgungsgebiet von Ascension St. Vincent Clay unter anderem Clay County in Zentral-Indiana. Eine Patientin/ein Patient gilt auch dann als Mitglied der Gemeinschaft der Organisation, wenn die von ihr/ihm benötigte Notfallversorgung bzw. medizinisch notwendige Behandlung die Fortsetzung einer Notfallversorgung bzw. medizinisch notwendigen Behandlung ist, die die Patientin/der Patient in einer anderen Einrichtung von Ascension Health erhalten hat und für die er/sie dort Anspruch auf finanzielle

Unterstützung hatte.

- „**Notfallversorgung**“ bezeichnet die Behandlung einer Erkrankung, die sich in akuten Symptomen von ausreichender Schwere (einschließlich starker Schmerzen) äußert, so dass das Ausbleiben einer sofortigen medizinischen Versorgung zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Körperfunktionen bzw. einer schwerwiegenden Funktionsstörung eines Körperorgans oder Körperteils führen oder die Gesundheit der betreffenden Person ernsthaft gefährden kann.
- „**Medizinisch notwendige Versorgung**“ ist eine Versorgung, die (1) für die Prävention, Diagnose oder Behandlung der Krankheit von Patienten geeignet sowie konsistent und wesentlich ist, (2) das für die Erkrankung der Patientin / des Patienten am besten geeignete Angebot oder Servicelevel darstellt, das sicher bereitgestellt werden kann, (3) nicht in erster Linie nach Belieben der Patientin / des Patienten, ihrer/seiner Familie, Arztes oder Betreuers erfolgt und (4) der Patientin / dem Patienten voraussichtlich eher nutzen als schaden wird. Damit zukünftige geplante Versorgung als „medizinisch notwendige Versorgung“ anzusehen ist, müssen die Maßnahmen und der Zeitpunkt der Versorgung vom Chief Medical Officer (oder Beauftragten) der Organisation genehmigt werden. Die Feststellung, ob es sich um medizinisch notwendige Versorgung handelt, muss von einem zugelassenen Dienstleister, der den Patienten medizinisch versorgt, und, im Ermessen der Organisation, vom aufnehmenden Arzt, überweisenden Arzt bzw. dem Chief Medical Officer oder einem anderen überprüfenden Arzt (je nach Art der empfohlenen Versorgung) getroffen werden. Für den Fall, dass die von einer/einem unter dieser Richtlinie fallenden Patienten/Patienten verlangte Leistung von einem begutachtenden Arzt als nicht medizinisch notwendig erachtet wird, muss jene Einschätzung auch vom aufnehmenden oder überweisenden Arzt bestätigt werden.
- „**Organisation**“ bezeichnet *St. Vincent Clay Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Clay*.
- „**Patientin/Patient**“ steht für alle Personen, die eine Notfallversorgung und sonstige medizinisch erforderliche Versorgung von der Organisation erhalten, sowie die Person, die für die Versorgung der Patientin / des Patienten finanziell verantwortlich ist.

Gewährte finanzielle Unterstützung

Die in diesem Abschnitt beschriebene finanzielle Unterstützung ist auf Patienten beschränkt, die in der Gemeinschaft leben:

1. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung haben Patienten mit einem Einkommen, das bis zu 250 % der US-Armutsschwelle (Federal Poverty Level, FPL) beträgt, Anspruch auf 100 % der Wohltätigkeitsversorgung für den Teil der Gebühren, für den die Patientin/der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn festgestellt wird, dass die betreffende Patientin/der betreffende Patient gemäß der Einschätzung der Anspruchsberechtigung (siehe Absatz 5 unten) anspruchsberechtigt ist oder am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin/des Patienten einen Antrag auf finanzielle Unterstützung einreicht (ein „Antrag“) und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Der Patient hat Anspruch auf bis zu 100 % finanzielle Unterstützung, wenn der Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden.

Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet.

2. Vorbehaltlich anderer Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung erhalten Patienten mit einem Einkommen von über 250 % der US-Armutsschwelle, jedoch nicht mehr als 400 % der US-Armutsschwelle einen Stufenrabatt für den Teil der Gebühren für erbrachte Versorgungsleistungen, für welchen die Patientin/der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin / des Patienten einen Antrag einreicht und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Der Patient hat Anspruch auf den Stufenrabatt, wenn der Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet. Der Rabatt ist wie folgt gestaffelt:

   Patientinnen/Patienten zwischen 251 % FPL und 300 % FPL erhalten 90 % Unterstützung
   Patientinnen/Patienten zwischen 301 % FPL und 350 % FPL erhalten 80 % Unterstützung
   Patientinnen/Patienten zwischen 351 % FPL und 400 % FPL erhalten 75 % Unterstützung

3. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung hat eine Patientin/ein Patient mit einem Einkommen von mehr als 400 % der FPL ggf. im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung Anrecht auf finanzielle Unterstützung in Form von Rabatten auf Patientengebühren für erbrachte Versorgungsleistungen von der Organisation basierend auf den Gesamtschulden der Patientin / des Patienten für medizinische Versorgung. Ein Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß der Bedürftigkeitsprüfung, wenn der Patient übermäßig hohe Gesamtschulden für medizinische Versorgung hat, einschließlich Schulden für medizinische Leistungen gegenüber Ascension und eventuelle andere Gesundheitsdienstleister für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Behandlungen, die gleich oder höher als das Bruttoeinkommen des Haushalts des betreffenden Patienten sind. Die Höhe der finanziellen Unterstützung, die im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung gewährt wird, ist die gleiche wie für Patienten mit einem Einkommen von 400 % der US-Armutsschwelle gemäß Absatz 2 oben, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin / des Patienten einen Antrag einreicht und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Die Patientin/der Patient hat Anspruch auf den Rabatt im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist

allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die der betreffenden Patientin/dem betreffenden Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo der Patientin / des Patienten beschränkt nach Berücksichtigung aller auf dem Konto der Patientin / des Patienten geleisteten Zahlungen. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet.

4. Eine Patientin/ein Patient hat möglicherweise keinen Anspruch auf die in Absatz 1 bis 3 beschriebene finanzielle Unterstützung, wenn davon ausgegangen wird, dass die betreffende Patientin/der betreffende Patient über genügend Mittel verfügt, um gemäß einer Vermögensprüfung zahlungsfähig zu sein. Die Vermögensprüfung beinhaltet eine materielle Bewertung der Zahlungsfähigkeit einer Patientin / eines Patienten anhand der im FAP-Antrag bemessenen Kategorien von Vermögenswerten. Eine Patientin/ein Patient mit Vermögenswerten, die 250 % der US-Armutsschwelle übersteigen, hat möglicherweise keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung.

5. Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt im Umsatzzyklus festgestellt werden und die Verwendung einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung für einen Patienten mit einem ausreichend hohen unbezahlten Saldo innerhalb der ersten 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten umfassen, um den Anspruch auf eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung festzustellen, ungeachtet des Versäumnisses des Patienten, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung („FAP-Antrag") zu stellen. Wenn einem Patienten eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung lediglich anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gewährt wird, ohne dass ein ausgefüllter FAP-Antrag eingereicht wurde, ist die Höhe der finanziellen Unterstützung für einen anspruchsberechtigten Patienten auf den unbeglichenen Saldo des Patienten nach Berücksichtigung aller auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen begrenzt. Die Feststellung eines Anspruchs nur auf der Grundlage einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gilt nur für den Versorgungsfall, für den die Einschätzung der Anspruchsberechtigung durchgeführt wurde.

6. Bei Patienten, die an bestimmten Versicherungsprogrammen teilnehmen, welche die Organisation als „außerhalb des Netzwerks“ liegend ansieht, kann die Organisation die finanzielle Unterstützung, die der Patientin / dem Patienten andernfalls auf Grundlage einer Überprüfung der Versicherungsinformationen der Patientin / des Patienten und anderer relevanter Fakten und Umstände zur Verfügung stünde, reduzieren oder verweigern.

7. Die Patientin/der Patient kann gegen eine Ablehnung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung Widerspruch einlegen, sofern sie/er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Ablehnung weitere Informationen zur Verfügung stellt. Alle Anfechtungen werden von der Organisation zur endgültigen Entscheidung geprüft. Wenn die endgültige Entscheidung die vorherige Verweigerung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird die Patientin bzw. der Patient schriftlich benachrichtigt. Die Entscheidung der Organisation über die Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung durch Patienten und Familien kann wie folgt angefochten werden:
    a. Alle Einsprüche müssen schriftlich per Post an folgende Adresse eingereicht werden: Ascension St. Vincent, Vice President of Revenue Cycle, PO Box 713441, Chicago, IL 60677-4341, USA.

b. Alle Widersprüche werden vom Berufungsausschuss für finanzielle Unterstützung der Organisation geprüft und die Entscheidungen des Ausschusses werden schriftlich an die Patientin/den Patienten oder die Familie, die den Widerspruch eingelegt hat, versandt.

Sonstige Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten, denen keine finanzielle Unterstützung zusteht

Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung (wie oben beschrieben) haben, können eventuell andere Arten von Hilfeleistungen beziehen, die von der Organisation angeboten werden. Der Vollständigkeit halber sind diese anderen Arten von Hilfeleistungen hier aufgeführt, obwohl diese nicht auf Bedürftigkeit basieren und nicht der Bestimmung 501(r) unterliegen.

1. Nicht versicherte Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten einen Rabatt, der dem Rabatt entspricht, der dem rentabelsten Kostenträger für die betreffende Organisation gewährt wird. Die am meisten zahlende Partei muss mindestens 3 % des Aufkommens der Organisation ausmachen, gemessen an Volumen oder Patienten-Bruttoeinnahmen. Wenn eine einzelne zahlende Partei nicht dieses Mindestausmaß an Volumen erbringt, werden mehrere Vertragsparteien gemittelt, damit die Zahlungsbedingungen, die für das gemittelte Konto mindestens 3 % des Volumens der Geschäftstätigkeit der Organisation für dieses Jahr ausmachen, verwendet werden.
2. Nichtversicherten und versicherten Patientinnen/Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, kann ein Sofortrabatt gewährt werden. Der Sofortrabatt kann zusätzlich zu dem im vorhergehenden Absatz beschriebenen Rabatt für Nichtversicherte angeboten werden.

Gebührenermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben

Patientinnen/Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird pro Person nicht mehr als der AGB für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Leistungen und nicht mehr als die Bruttobeträge für alle anderen Arten medizinischer Leistungen berechnet. Die Organisation berechnet einen oder mehrere AGB-Prozentsätze nach der „Look-Back"-Methode, einschließlich Medicare Fee-for-Service und aller privaten Krankenversicherer, die Zahlungen an die Organisation leisten, alle gemäß 501(r). Ein kostenloses Exemplar der Beschreibung der AGB-Berechnung und der Prozentsätze ist auf der Website der Organisation, in jeder Abteilung für Patientenregistrierung oder telefonisch bei unserem Kundendienst erhältlich.

Antrag auf finanzielle oder sonstige Unterstützung

Eine Patientin/ein Patient kann ihren/seinen Anspruch anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung oder durch Beantragung von finanzieller Unterstützung durch Einreichen eines ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung geltend machen. Der Finanzhilfe-Antrag und die Anleitungen für den Finanzhilfe-Antrag sind verfügbar auf der Website der Organisation, in jeder Abteilung für Patientenregistrierung oder telefonisch bei unserem Kundendienst Die Organisation verlangt von den Nichtversicherten, dass sie mit einem Finanzberater zusammenarbeiten und Medicaid

oder andere öffentliche Hilfsprogramme beantragen, für welche die Patientin/der Patient als potenziell anspruchsberechtigt gilt, um einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Einer Patientin / einem Patienten kann die finanzielle Unterstützung verweigert werden, wenn sie/er in einem FAP-Antrag oder im Zusammenhang mit der Einschätzung der Anspruchsberechtigung falsche Angaben macht, wenn die Patientin/der Patient sich weigert, Versicherungserlöse oder das Recht abzutreten, direkt von einer Versicherungsgesellschaft bezahlt zu werden, die möglicherweise zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet ist, oder wenn sich die Patientin/der Patient weigert, mit einem Finanzberater zusammenzuarbeiten, um Medicaid oder andere öffentliche Hilfsprogramme zu beantragen, auf die die Patientin/der Patient möglicherweise Anspruch hat, um den Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Die Organisation kann einen FAP-Antrag, der weniger als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurde, bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für einen aktuellen Versorgungsfall berücksichtigen. FAP-Anträge, der mehr als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurden, werden von der Organisation nicht berücksichtigt.

Abrechungs- und Inkassoregelung

Die Maßnahmen, die die Organisation bei einer allfälligen Nichtzahlung ergreifen darf, sind in einer separaten Abrechnungs- und Inkasso-Richtlinie beschrieben. Ein kostenloses Exemplar der Abrechnungs- und Inkassorichtlinien ist auf der Website der Organisation, in jeder Abteilung für Patientenregistrierung oder telefonisch bei unserer Kundendienstabteilung erhältlich.

Auslegung

Diese Richtlinie und alle damit zusammenhängenden Verfahren sollen der Bestimmung 501(r) entsprechen und müssen im Einklang mit dieser Bestimmung ausgelegt und angewandt werden, außer wenn ausdrücklich eine andere Auslegung angegeben wird.

Ascension St. Vincent Clay

LISTE DER ANBIETER, DIE VON DER RICHTLINIE FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG ABGEDECKT SIND

10/01/2026

Die nachstehende Liste gibt an, welche Anbieter von Notfall- und anderen medizinisch notwendigen Behandlungen, die in der Krankenhauseinrichtung erbracht werden, von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (FAP) abgedeckt werden. ***Bitte beachten Sie, dass alle Leistungen, bei denen es sich nicht um Notfälle oder andere medizinisch notwendige Leistungen handelt, nicht von der FAP abgedeckt werden.***

Von der FAP abgedeckte Anbieter	Nicht von der FAP abgedeckte Anbieter
Alle Ärzte der St. Vincent Medical Group	Linda Adair MD
Alle bei St. Vincent angestellten Ärzte	James Arata MD
Indiana Physician Management - Clay, LLC.	Muhammad Afzal MD
CEP America d/b/a Vituity	Stanton Angermeier MD
	Edgardo Flores Anticona MD
	Joseph Baer MD
	Brandon Baker DPM
	Jeffrey Beck MD
	Erik Bekkers MD
	Carlos Belmar MD
	Sukhminder Bhangoo MD
	Anand Bhuptani MD
	George Bittar MD
	Ted Bloch MD
	Daniel Branam MD
	Stacie Braswell MD
	Connie Braun MD
	James Callahan MD
	Lindsey Cesca MD
	Eren Cetin MD
	Jonathan Chae MD
	Josette Chamberlain MD
	Marvinia Charles MD
	Usman Cheema
	Sandy Cho DO
	Ryan Cieply MD
	Richard Clinton MD
	Nicholas Cook MD

	Elias Dalloul MD
	Joseph DeCamp MD
	Micaela Della Torre MD
	Ryan Dhaemers MD
	Keith Doram MD
	Joshua Dowell MD
	George Dunn MD
	David Dwyer MD
	Joshua Ewell
	Tasheema Fair MD
	Vincent Flanders MD
	David Fryman MD
	Kumar Gaurav MD
	Steven Gilman MD
	Carol Gilmore MD
	Miranda Gooddale DPM
	David Graybill MD
	Ravneet Grewal MD
	Tariku Gudura MD
	George Guirguis DO
	David Gulliver MD
	Brett Hagedorn MD
	Thomas Hagman MD
	Jennifer Hardy MD
	Connie Harrill MD
	Eric Heatwole MD
	Steven Herbst MD
	Paul Houston MD
	Charles Howe MD
	Sang Huh MD
	Saad Ibrahim MD
	Anthony Illing MD
	Melhem Jabbour MD
	David Janizek MD
	Hendy Jean MD
	Joseph Jerman MD
	Preetham Jetty MD
	Regi Joseph MD
	Neil Kabous MD
	Swapna Katipally MD

	Patrick Kay MD
	Michael Kellams DO
	Daniel Kim MD
	Paul Kittaka MD
	Deepthi Kurakula MD
	John Lacunza MD
	Mark Lawlor MD
	Chris Lueking
	Brandon Lynch MD
	Kurt Madsen DO
	Jon Maier MD
	Vasilis Makris MD
	David Mares MD
	Ann Marshall MD
	Elizabeth McCalister MD
	Charles McCall MD
	Dwight Mccurdy MD
	Gordon Mclaughlin MD
	Christopher Mcpeek MD
	Nawar Mercho MD
	Indu Messa MD
	Michael Meng MD
	Nawar Mercho MD
	Pablo Molina MD
	Charles Mulry MD
	Rod Nisi MD
	Craig Novy MD
	Elizabeth Nowacki DO
	Marie Nguyen MD
	Onisuru Okotie MD
	Nassim Olabi DDS
	Donald Perez MD
	Daniel Piedmonte MD
	Unnikrishnan Pillai MD
	James Pister MD
	Frank Pistoia MD
	Daniel Price MD
	Jennifer Prinz DO
	Kelechi Princewill MD
	Vincent Puccia MD

	John Quiles MD
	Joanne Ray MD
	Andrew Ritchison MD
	Christopher Rocco MD
	John Rock MD
	Cyle Rogotzke MD
	Joshua Rosenberg DO
	Richard Rust MD
	Thomas Salsbury MD
	Richard Sanchez MD
	Ravi Sarin MD
	Agnes Schrader MD
	Scott Schulman DPM
	Teri Schulz MD
	Michael Server MD
	Larry Stover MD
	Sarah Strot DO
	Nirmal Surtani MD
	Minati Swofford MD
	Francesca Tekula MD
	Muhammad Toor MD
	Marshall Trusler MD
	Cynthia Tucker MD
	Jeffrey Ulrich MD
	Nyria Villarreal MD
	Scott Waterman MD
	Brian Wiegel MD
	John Yacoub MD
	Frank Zwerner DO