

Ascension St. Vincent

RICHTLINIE FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

01.10.2025

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

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 angegeben 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 Fishers unter anderem Hamilton 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 Fishers Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Fishers*.
- **„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.

Abrechnungs- 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 Fishers

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

01.10.2025

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	Steven Ahlfeld MD
Alle bei St. Vincent angestellten Ärzte	Eric Aitken MD
Indiana Physician Management - Northeast, LLC.	Leyla Akanli MD
Francisco Delgado MD	Kirk Akaydin MD
Hassan Elmalik MD	Andrew Alden MD
Tracey Ikerd MD	Megan Alderman MD
CEP America d/b/a Vituity	Hayma Al-Ghawi MD
	Krishna Amuluru MD
	Stanton Angermeier MD
	Daniel Anzaldua MD
	Gary Ayres MD
	Brian Badman MD
	Nihal Bakeer MD
	Aaron Balanoff MD
	Elizabeth Barr MD
	Edward Bartley MD
	James Bastnagel MD
	Eric Beltz MD
	Jonathan Bennett MD
	Alexander Berrebi MD
	Elizabeth Bertsch MD
	Christine Nhinder DPM
	Bradford Bichey MD
	Carly Blankenship MD
	Jason Blocksom MD
	Kristen Blume MD
	Sridhar Bolla MD
	Kristine Bolin MD

	Barrett Boody MD
	Yara Paula Catoira-Boyle MD
	Katherine Brundage MD
	Mary Burden DO
	Jennifer Bush MD
	Gabrielle Butts DO
	Benjamin Campbell MD
	Juan Cardenas MD
	Josette Chamberlain MD
	John Chambers MD
	Burke Chegar MD
	Maret Cline MD
	Aaron Coats MD
	Neal Coleman MD
	Nicholas Cook MD
	Brian Compton MD
	Michael Conley MD
	Angela Corea MD
	Elizabeth Cottongim MD
	Christopher Crawford MD
	Renn Crichlow MD
	David Crook MD
	Terence Cudahy MD
	Leo D'Ambrosio MD
	Brent Damer DO
	Pankaja Dangle MD
	Francisco Delgado MD
	Andrew Denardo MD
	John Depowell MD
	Darin Dill MD
	Larissa Dimitrov MD
	Martha Dwenger MD
	Stephen Eberwine MD
	Hassan Elmalik MD
	Luis Escobar MD
	Modeson Ferrer MD
	John Fiederlein MD
	David Fisher MD
	Chandra Flack MD
	Charles Fleming MD

	Whitney Fraiz MD
	Brendan Frank MD
	Jenna Fritsch MD
	Anjali Godambe DO
	Laura Goode DDS
	Kalyan Gorantla MD
	Roy Gottlieb DO
	David Graybill MD
	Anne Greist MD
	Hitesh Gulliya DO
	Jennifer Haddad MD
	Christina Hajewski MD
	Brandon Hardesty MD
	Charles Hasbrook MD
	Robert Hastings MD
	Fadi Hayek MD
	Ann Hedderman MD
	David Hedrick MD
	David Held MD
	Steven Herbst MD
	Amarilys Heredia MD
	Carolyn Herman MD
	Craig Herrman MD
	Jeffrey Hilburn MD
	James Hoffman MD
	Eric Horn MD
	Douglas Horton MD
	Jamie Howell MD
	Tracey Ikerd MD
	Eric Inman MD
	Leah Jamison MD
	Joseph Jares MD
	James Jarrett MD
	Sridhar Jatla MD
	Theodore Jennermann MD
	David Josephson MD
	Adam Juersivich MD
	Sara Kanoun DO
	Kendra Karner DO
	Arzu Karaman Gonulalan MD

	Patrick Kay MD
	Kosmas Kayes MD
	Saad Khairi MD
	Anmol Kharbanda MD
	Sunah Kim-Dorantes MD
	Catherine King MD
	Gerald Kirk MD
	Kevin Kirtley MD
	Daniel Klink MD
	Alexander Kokini MD
	Kevin Lai MD
	David Lasbury MD
	Warren Lawless DO
	Aaron LeGrand MD
	Daniel Leas MD
	Albert Lee MD
	Charles Lerner MD
	Magdalena Lewandowska MD
	Lawrence Lloyd DPM
	Emily Lo MD
	John Lucia MD
	Adam Lyon MD
	Ashwin Reddy Madupu Geschäftsführer
	Irwin Malament DPM
	Phyllis Marlar MD
	Anne Marnocha MD
	Viney Mathavan MD
	Shannon Mccanna MD
	Andrew Mcdaniel MD
	Alan Mcgee Jr. MD
	Emily Meier MD
	Greg Merrell MD
	Juliana Meyer MD
	Alex Meyers MD
	Daniel Milton MD
	Richard Miyamoto MD
	Jean-Pierre Mobasser MD
	Kuimil Mohan MD
	Minakshee Mohanty MD
	Amanda Morris MD

	John Morton MD
	Melinda Mumford-Dawdy MD
	Venkatesh Nagaraddi MD
	Raymond Nanko MD
	Michelle Neff MD
	Joshua Neucks MD
	Shani Norberg MD
	Elizabeth Nowacki DO
	Christine Oakley MD
	Andrew Oberlin MD
	Bradley Orris MD
	John Oscherwitz MD
	Francisco Padron MD
	Jeffrey Pauloski MD
	Richard Payne MD
	Troy Payner MD
	Sebastian Peers MD
	Praveen Perni MD
	Jody Petts MD
	Ronald Piniacki MD
	Christopher Pomeroy MD
	Steven Porto DO
	Eric Potts MD
	Misti Pratt DDS
	Robert Quirey MD
	Mark Rafalko MD
	Watcharasarn Rattananan MD
	Naraharisetty Rau MD
	Denise Rehfuss MD
	Chad Reichard MD
	Jeremy Remus MD
	Kenneth Renkens MD
	Richard Rink MD
	Richard Rodgers MD
	Ryan Rossos MD
	Joseph Rumer MD
	Daniel Sahlein MD
	Carl Sartorius MD
	Anurag Satsangi MD
	Andrew Schubeck MD

	Kathleen Schuster MD
	Glenn Schwenk MD
	Cynthia Seffernick MD
	Michael Sermersheim MD
	Imran Sethi MD
	Shoaib Shafique MD
	Donniya Shaikh MD
	Amy Shapiro MD
	Kimberly Short MD
	Joseph Smucker MD
	Catherine Socec MD
	Jeffery Soldatis MD
	William Somerset DO
	Jacob Sprunger MD
	Angela Stevens MD
	Stephen Stitle MD
	Ramindrajit Sufi MD
	Nirmal Surtani MD
	Shawn Swan MD
	Paul Szotek MD
	Michael Thieken MD
	Garrett Thiel MD
	Niharika Thota MD
	Julie Tillman MD
	Ron Tintner MD
	Michael Tomlin MD
	Thomas Trancik MD
	Andrew Trobridge MD
	Janet Turkle MD
	Jeffrey Ulrich MD
	Leakna Ung DPM
	Ana Vazquez DMD
	Ryan Venis MD
	George Vestermark MD
	Andrew Vogler MD
	Johanna Wallisa MD
	Dan Waxman MD
	Joseph Webster MD
	Lori Wells MD
	Joseph Whelan MD

	Phillip Whitley MD
	Thomas Whitten MD
	Steven Willing MD
	Edward Wills MD
	Steven Wise MD
	Anil Yakhmi MD
	Alexander Zemtsov MD