

2026 | Planes dentales de Alaska

Individuales y familiares



Bienvenido a Delta Dental of Alaska

Aquí le brindamos más que un plan dental, porque la buena salud comprende mucho más que los detalles del plan.



Cobertura de calidad *que cuida su sonrisa*

Ofrecemos opciones de seguro dental para ayudarlos a usted y su familia a tener una mejor salud bucal. Con los planes de Delta Dental of Alaska, tendrá acceso a una de las redes de atención dental más grandes del país. Esto significa que puede elegir entre miles de dentistas en todo el estado y el país.



Ahorro con
profesionales
de la red



Limpiezas
anuales

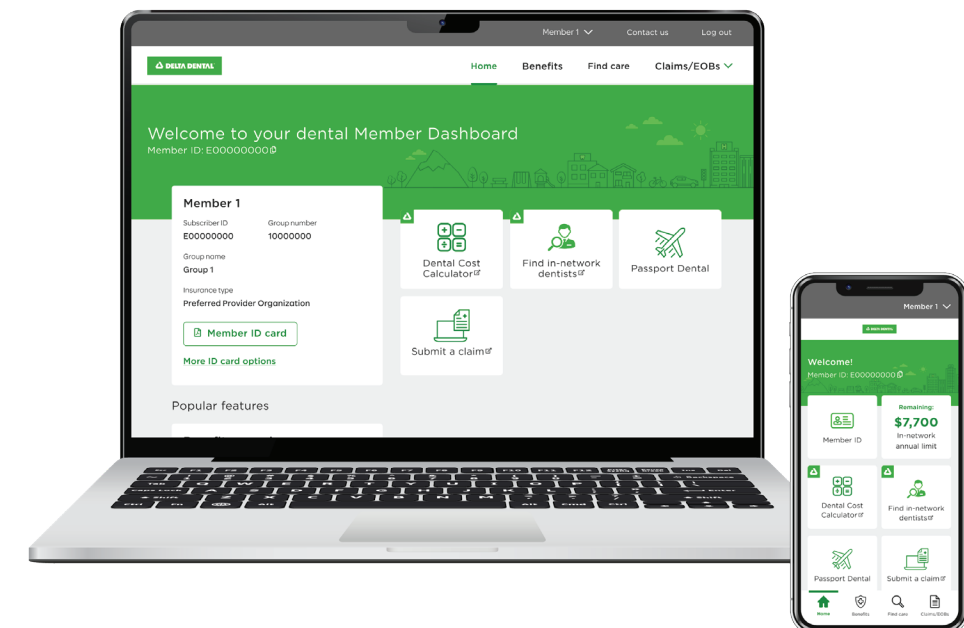


Servicio de
atención al
cliente superior



Libertad para
elegir dentistas

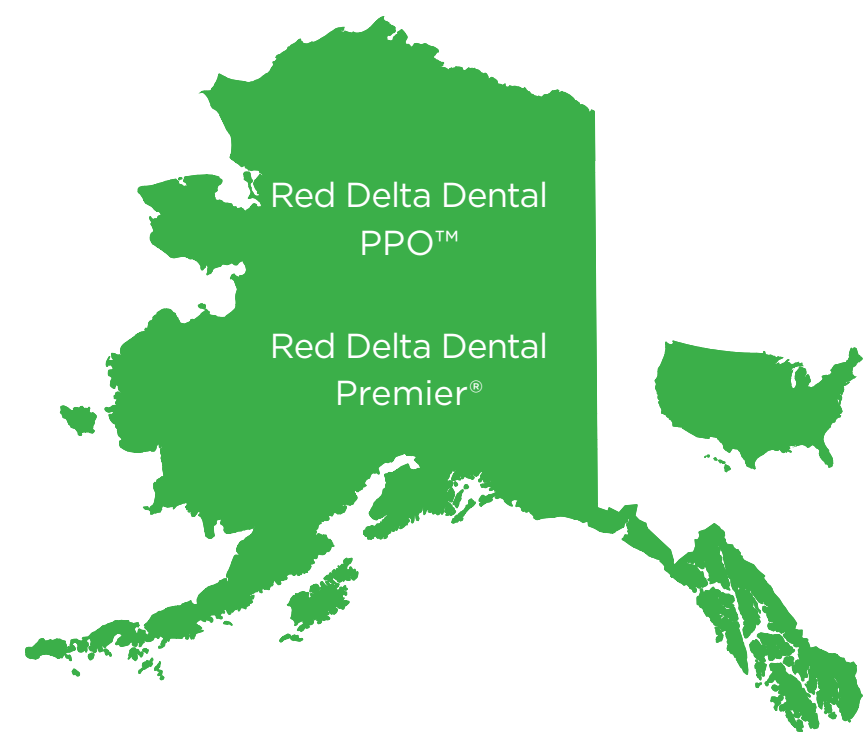
Nuestros planes
dentales incluyen
recursos,
programas
especiales
y **herramientas
útiles en línea**
para las personas
que necesitan
atención adicional
para sus dientes.



¿Está listo para elegir?
Haga sus selecciones en DeltaDentalAK.com/shop

Redes Delta Dental *que funcionan para usted*

Con miles de dentistas en todo el estado y el país, los profesionales dentro de la red aceptan nuestras tarifas como pago total, así usted ahorra costos de desembolso.



La red **Delta Dental PPO™** ofrece los siguientes planes dentales:

Delta Dental PPO™ 1000 ● Delta Dental PPO™ 1500 ● Delta Dental PPO™ 2000 Direct

La red **Delta Dental Premier®** ofrece estos planes dentales:

Delta Dental Premier® Healthy Smiles ● Plan Delta Dental Premier®
Delta Dental Premier® 1000 Direct ● Plan Delta Dental Premier® Preventive Alaska Mandated



Consulte si su dentista se encuentra en la red en DeltaDentalAK.com/DentistSearch.

Red Delta Dental **PPO™**

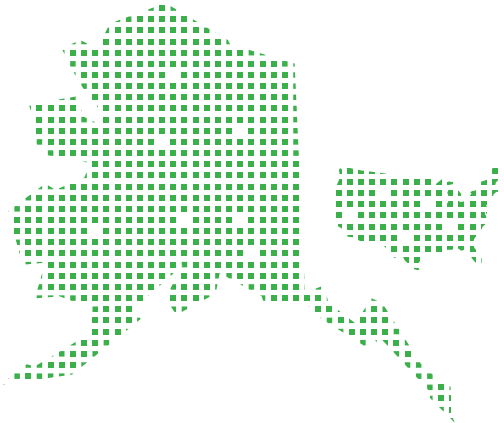
mayores
ahorros



¡El costo más bajo!



Amplia red
de dentistas



Red Delta Dental **Premier®**

más
opciones



Costo un poco
más alto



Elija odontólogos
de la red Premier

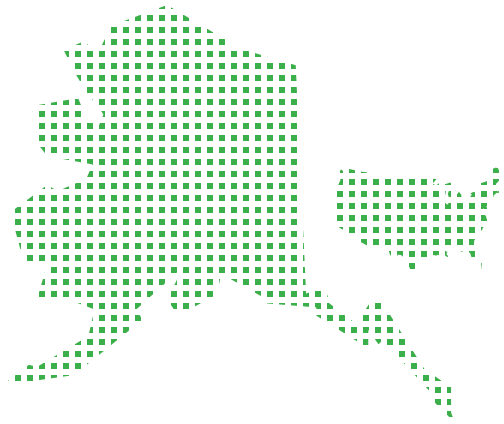


Tabla de beneficios de los planes dentales para 2026

Tabla de beneficios de los planes dentales para 2026										
							Plan especial solo para jóvenes	Plan solo directo no certificado		
	Plan Delta Dental PPO™ 1000 ^{1,2,3}		Plan Delta Dental PPO™ 1500 ^{1,2,3}		Plan Delta Dental Premier ^{®1,2,3}		Plan Delta Dental Premier Healthy Smiles ³		Plan Delta Dental Premier [®] 1000 solo directo no certificado ^{4,5,6}	Plan Delta Dental PPO™ 2000 solo directo no certificado ^{4,5,6}
	Miembros hasta los 18 años	Miembros a partir de los 19 años	Miembros hasta los 18 años	Miembros a partir de los 19 años	Miembros hasta los 18 años	Miembros a partir de los 19 años	Miembros hasta los 18 años únicamente (sin cobertura para adultos)	Miembros a partir de los 19 años (sin cobertura)	Miembros de todas las edades	Miembros de todas las edades
Lo que usted paga por la atención dentro de la red que recibe cada año; es posible que se cubran servicios fuera de la red a una tarifa diferente.										
Deducible (individual/familiar)	\$50/\$150		\$50/\$150		\$0		\$0	Sin cobertura	\$50/\$150 para todas las edades	\$100/\$200 para todas las edades
Máximo anual (a partir de los 19 años)	\$1,000		\$1,500		\$1,100		No corresponde	Sin cobertura	\$1,000 para todas las edades	\$2,000 para todas las edades
Desembolso máximo por persona (hasta los 18 años)	\$450 para 1 miembro/\$900 para 2 miembros o más (solo dentro de la red)		\$450 para 1 miembro/\$900 para 2 miembros o más (solo dentro de la red)		\$450 para 1 miembro/\$900 para 2 miembros o más (solo dentro de la red)		\$450 para 1 miembro/\$900 para 2 miembros o más (solo dentro de la red)	Sin cobertura	No corresponde	No corresponde
Beneficios disponibles fuera de la red	✔		✔		✔		✔	Sin cobertura	✔	✔
Clase 1										
Exámenes y radiografías	0 %	0 %	0 %	0 %	15 %	20 %	15 %	Sin cobertura	0 %	0 %
Limpiezas	0 %	0 %	0 %	0 %	15 %	20 %	15 %	Sin cobertura	0 %	0 %
Mantenimiento periodontal	0 %	0 %	0 %	0 %	15 %	20 %	15 %	Sin cobertura	0 %	0 %
Selladores	0 %	0 %	0 %	0 %	15 %	20 %	15 %	Sin cobertura	0 %	0 %
Fluoruro tópico	0 %	0 %	0 %	0 %	15 %	20 %	15 %	Sin cobertura	0 %	0 %
Clase 2										
Mantenedores de espacio	50 % después del deducible	Sin cobertura	50 % después del deducible	Sin cobertura	60 %	Sin cobertura	60 %	Sin cobertura	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Empastes	50 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	60 %	35 %	60 %	Sin cobertura	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Clase 3										
Cirugía oral	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Endodoncia	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Periodoncia	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Coronas para restauración dental	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Puentes	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Dentaduras postizas parciales y completas	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Anestesia	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 % después del deducible	50 % después del deducible	70 %	50 %	70 %	Sin cobertura	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Implantes	70 % después del deducible	Sin cobertura	70 % después del deducible	Sin cobertura	70 %	Sin cobertura	70 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Ortodoncia	70 % después del deducible	Sin cobertura	70 % después del deducible	Sin cobertura	70 %	Sin cobertura	70 %	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Características										
Red de proveedores (dentro de la red)	Red Delta Dental PPO™		Red Delta Dental PPO™		Red Delta Dental Premier®		Red Delta Dental Premier®		Red Delta Dental Premier®	Red Delta Dental PPO™
Área de servicio	Anchorage, Mat-Su Valley y Fairbanks North Star Borough		Anchorage, Mat-Su Valley y Fairbanks North Star Borough		Todo el estado		Todo el estado		Todo el estado	Anchorage, Mat-Su Valley y Fairbanks North Star Borough

Aspectos destacados del plan

 Planes no certificados

Delta Dental Premier® 1000 Direct y Delta Dental PPO™ 2000 Direct son planes dentales no certificados que no incluyen los beneficios pediátricos de la ley de Cuidado Asequible (ACA). No hay límites de edad para inscribirse en estos planes. Solo disponible de manera directa en [DeltaDentalAK.com/shop](https://deltadentalak.com/shop).

 Healthy Smiles

Healthy Smiles es un plan especial de Delta Dental Premier® solo para miembros hasta los 18 años. No se pagan beneficios para miembros a partir de los 19 años inscritos en este plan.

 Disponible fuera de la red

Para beneficios fuera de la red, escanee el código QR y, a continuación, haga clic en Alaska para ver los Resúmenes de beneficios (SOB) con información detallada de cada plan.



¹ Para los servicios de clase 2, corresponde un periodo de exclusión de 6 meses a partir de los 19 años. Los periodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza de Delta Dental. Para los planes PPO, el periodo de exclusión también se aplica a los servicios fuera de la red para miembros menores de 19 años.

² Para los servicios de clase 3, corresponde un periodo de exclusión de 12 meses a partir de los 19 años. Los periodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza de Delta Dental. Para los planes PPO, el periodo de exclusión también se aplica a los servicios fuera de la red para miembros menores de 19 años.

³ Solo tiene cobertura la ortodoncia médicamente necesaria.

⁴ Para los servicios de clase 2, corresponde un periodo de exclusión de 6 meses para todas las edades si el miembro no tuvo cobertura dental previa durante un año, con un intervalo que no supere los 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza de Delta Dental.

⁵ Para los servicios de clase 3, corresponde un periodo de exclusión de 12 meses para todas las edades si el miembro no tuvo cobertura dental previa durante un año, con un intervalo que no supere los 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza de Delta Dental.

⁶ No se aplican las limitaciones para pacientes pediátricos. Se aplican las limitaciones estándar de Delta Dental.

Estos beneficios y las pólizas de los planes Delta Dental están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. En este documento se ofrecen resúmenes de varios planes dentales y no es un contrato. En caso de discrepancia entre los resúmenes y el contrato, prevalecerá el contrato.

Tabla de beneficios de los planes dentales para 2026

Plan Delta Dental Premier Preventive Alaska Mandated ^{1,2}	
Miembros de todas las edades	
Lo que usted paga por la atención dentro de la red que recibe cada año	
Deducible (individual/familiar)	\$25/\$75 para todas las edades
Máximo anual (a partir de los 19 años)	\$500 para todas las edades
Desembolso máximo por persona (hasta los 18 años)	No corresponde
Beneficios disponibles fuera de la red	✓
Clase 1	
Exámenes y radiografías	0 % después del deducible
Limpiezas	0 % después del deducible
Mantenimiento periodontal	0 % después del deducible
Selladores	0 % después del deducible
Fluoruro tópico	0 % después del deducible
Mantenedores de espacio	0 % después del deducible
Clase 2	
Empastes	90 % después del deducible
Cirugía oral	90 % después del deducible
Endodoncia	90 % después del deducible
Periodoncia	90 % después del deducible
Anestesia	90 % después del deducible
Clase 3	
Coronas para restauración dental	90 % después del deducible
Puentes	90 % después del deducible
Dentaduras postizas parciales y completas	90 % después del deducible
Implantes	90 % después del deducible
Ortodoncia	Sin cobertura
Características	
Red de proveedores (dentro de la red)	Red Delta Dental Premier®
Área de servicio	Todo el estado

Aspectos destacados del plan



Disponibilidad fuera de la red

Para beneficios fuera de la red, escanee el código QR y, a continuación, haga clic en Alaska para ver los Resúmenes de beneficios (SOB) con información detallada de cada plan.



¹ Para los servicios de clase 2, corresponde un período de exclusión de 6 meses a partir de los 19 años. Los períodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza de Delta Dental.

² Para los servicios de clase 3, corresponde un período de exclusión de 12 meses a partir de los 19 años. Los períodos de exclusión pueden no aplicarse si cuenta con 1 año de cobertura dental previa, y con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza de Delta Dental.

Estos beneficios y las pólizas de los planes Delta Dental están sujetos a cambios para cumplir con los lineamientos estatales y federales. En este documento se ofrecen resúmenes de varios planes dentales y no es un contrato. En caso de discrepancia entre los resúmenes y el contrato, prevalecerá el contrato.

Calcule lo que *pagará cada mes*

Nuestros planes ofrecen primas competitivas, o sea, el monto que paga por la cobertura cada mes. Si quiere valor y excelentes beneficios, está en buenas manos.

Quando seleccione su plan dental, tenga en cuenta lo siguiente:



¿Quiénes deben pagar estas primas?

Estas primas corresponden a los miembros que viven en Alaska.



¿Qué influye en la prima?

El monto de la prima puede estar definido por el plan, su edad y la edad de sus dependientes. Si tiene más de tres dependientes menores de 21 años en el plan, solo deberá pagar una prima por los tres primeros. Las primas de los hijos dependientes de entre 21 y 25 años se basan en su edad real. Si alguien cumple años durante el año del plan, su prima actual no cambiará. Cuando renueve el plan en enero, la prima reflejará el monto del plan actual para su edad.

Tarifas de planes para 2026							
(Primas en vigor del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026)							
Edad	Delta Dental PPO™ 1000	Delta Dental PPO™ 1500	Delta Dental Premier®	Delta Dental Premier® Healthy Smiles	Delta Dental Premier® 1000	Delta Dental PPO™ 2000	Delta Dental Premier® Preventive Alaska Mandated Plan
Hasta los 18 años	\$59.00	\$59.00	\$65.00	\$65.00	\$39.00	\$59.00	\$34.00
19-24	\$35.00	\$41.00	\$35.00	No corresponde	\$37.00	\$53.00	\$34.00
25-29	\$35.00	\$41.00	\$35.00	No corresponde	\$37.00	\$53.00	\$34.00
30-34	\$37.00	\$43.00	\$37.00	No corresponde	\$39.00	\$55.00	\$34.00
35-39	\$40.00	\$47.00	\$41.00	No corresponde	\$43.00	\$61.00	\$34.00
40-44	\$41.00	\$48.00	\$42.00	No corresponde	\$44.00	\$62.00	\$34.00
45-49	\$43.00	\$50.00	\$43.00	No corresponde	\$45.00	\$64.00	\$34.00
50-54	\$46.00	\$53.00	\$46.00	No corresponde	\$49.00	\$68.00	\$34.00
55-59	\$50.00	\$59.00	\$51.00	No corresponde	\$54.00	\$76.00	\$34.00
60-63	\$54.00	\$64.00	\$55.00	No corresponde	\$58.00	\$83.00	\$34.00
A partir de los 64 años	\$57.00	\$67.00	\$58.00	No corresponde	\$61.00	\$86.00	\$34.00

¿Listo para elegir una mejor salud dental?

- 1

Seleccione un plan dental
- 2

Inscripción
- 3

Ya puede comenzar...



Adquiera nuestros planes en DeltaDentalAK.com/shop



Para inscribirse, llámenos o llame a su agente al 855-718-1767.



Inscríbase en línea en DeltaDentalAK.com/shop

¿Qué ocurre luego de que se inscriba?

1. Después de inscribirse...Recibirá los materiales de bienvenida y la tarjeta de identificación de miembro por correo postal. En esos documentos se explica qué incluye su plan y cómo usarlo para aprovechar sus beneficios al máximo. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación a mano cuando visite a su dentista.
2. Cree una cuenta en el Panel para miembros... Vaya a DeltaDentalAK.com > Herramientas en línea > Panel para miembros > Crear una cuenta. Su panel personal le ayuda a ver sus reclamos, buscar dentistas y gestionar su plan. Se configura de manera rápida y fácil.
3. Pague su primera factura... Tras inscribirse, le enviaremos una factura. El primer pago da inicio a su plan, por lo que debe asegurarse de pagarlo a tiempo para comenzar su cobertura.

Valor

Obtenga valor y excelentes beneficios con nuestros planes



ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-605-3229 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (Người khuyết tật: 1-877-605-3229 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-605-3229 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-605-3229 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-605-3229 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-605-3229 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-605-3229 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-605-3229 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

ማሳሰቢያ፦ አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ አገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-877-605-3229 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-877-605-3229 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电（文本电话：1-877-605-3229 (TTY: 711) ）或咨询您的服务提供商。

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-877-605-3229 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-605-3229 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ - 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ ”

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। 1-877-605-3229 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

ശ്രദ്ധിക്കുക: നിങ്ങൾ മലയാളം ഭാഷ സംസാരിക്കുമെങ്കിൽ, സൗജന്യ ഭാഷാ സഹായ സേവനങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാണ്. ആക്സസ് ചെയ്യാവുന്ന ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകാനുള്ള ഉചിതമായ അനുബന്ധ സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും കൂടെ സൗജന്യമായി ലഭ്യമാണ്. 1-877-605-3229 (TTY: 711) ലേക്ക് വിളിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ ദാതാവിനോട് സംസാരിക്കുക.

PANANGIKASO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odmo dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti ma-akses a pormat. Awagan ti 1-877-605-3229 (TTY: 711) wenno makisarita iti mangipapaay kenka.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-605-3229 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-877-605-3229 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاًئاً. اتصل على الرقم 877-605-3229 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

AKIYESI: Ti o ba sọ Yorùbá, awọn işẹ iranlọwọ ede ọfẹ wa fun ọ. Awọn iranlọwọ iranlọwọ ti o yẹ ati awọn işẹ lati pese alaye ni awọn ọna kika wiwọle tun wa laisi idiyele. Pe 1-877-605-3229 (TTY: 711) tabi sọrọ si olupese rẹ.

MAKINIKI: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-877-605-3229 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.



¿Tiene preguntas? *Estamos para ayudar.*

Llame una de nuestras oficinas que aparecen más abajo.
Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Oficina en Anchorage

510 L Street, Suite 270
Anchorage, AK 99501
855-718-1767

Oficina en Portland (sede central)

601 SW Second Ave.
Portland, O 97204-3156
855-718-1767

DeltaDentalAK.com