

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्य प्रदेश

भोपाल, दिनांक /05/2018

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

1. समस्त क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से नवीन मान्यता प्राप्त लेक सिटी हॉस्पिटल, भोपाल को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि लेक सिटी हॉस्पिटल, भोपाल को म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-3/2017/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 09.01.2018 द्वारा **Burn and post Burn contractures, Congenital Malformation** एवं आदेश क्रमांक एफ 9-3/2017/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 07.03.2018 द्वारा अंकोलॉजी (मेडिकल, सर्जिकल, रेडियेशन) को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 30.06.2018 तक नवीन मान्यता प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः लेक सिटी हॉस्पिटल, भोपाल को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत **Burn and post Burn contractures, Congenital Malformation** एवं अंकोलॉजी (मेडिकल, सर्जिकल, रेडियेशन) हेतु दिनांक 30.06.2018 तक उपचार हेतु नवीन मान्यता की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

1. राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. अस्पताल में उपचार/प्राक्कलन/निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा के अन्तर्गत किया जाना होगा। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित अस्पताल से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। निर्धारित पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत अस्पताल को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि की जानकारी एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक योजनान्तर्गत उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी संबंधित अस्पताल से शीघ्र प्राप्त करें।

संचालक

स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक /1/05/2018

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 278

प्रतिलिपि:-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. संचालक, लेक सिटी हॉस्पिटल, B-27, Kasturba Nagar, Near Chetak Bridge, भोपाल।
8. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
9. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि राज्य बीमारी सहायता निधि योजना के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

संचालक

स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /05/2018

1. समस्त क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

**विषय:-** राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त कैंसर चिकित्सालय एवं शोध संस्थान, ग्वालियर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-3/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 07.03.2018 द्वारा कैंसर चिकित्सालय एवं शोध संस्थान, ग्वालियर को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के कैंसर (अंकोलॉजी, मेडिकल सर्जिकल, रेडिएशन) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 30.06.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः कैंसर चिकित्सालय एवं शोध संस्थान, ग्वालियर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत कैंसर (अंकोलॉजी, मेडिकल सर्जिकल, रेडिएशन) हेतु दिनांक 30.06.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

1. राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. अस्पताल में उपचार/प्राक्कलन/निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा के अन्तर्गत किया जाना होगा। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित अस्पताल से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। निर्धारित पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत अस्पताल को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि की जानकारी एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक योजनान्तर्गत उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी संबंधित अस्पताल से शीघ्र प्राप्त करें।

संचालक


स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

भोपाल,दिनांक 11/05/2018

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 276

प्रतिलिपि:-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. संचालक, कैंसर चिकित्सालय एवं शोध संस्थान, क्षेत्रीय कैंसर अनुसंधान एवं उपचार केन्द्र, कैंसर पहाड़ी, ग्वालियर।
8. प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाइट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
9. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि राज्य बीमारी सहायता निधि योजना के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल, दिनांक /05/2018

1. समस्त क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त अनंत इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साईंस, जबलपुर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

--00--

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-3/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 11.04.2018 द्वारा अनंत इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साईंस, जबलपुर को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के टोटल हिप, टोटल नी रिपलसमेंट, न्यूरो सर्जरी, स्पाईन सर्जरी, से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 30.06.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवको को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः अनंत इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साईंस, जबलपुर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत टोटल हिप, टोटल नी रिपलसमेंट, न्यूरो सर्जरी, स्पाईन सर्जरी हेतु दिनांक 30.06.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

1. राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावें एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्राक्धानों का पालन किया जावें।
2. अस्पताल में उपचार/प्राक्कलन/निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा के अन्तर्गत किया जाना होगा। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित अस्पताल से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। निर्धारित पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत अस्पताल को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि की जानकारी एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक योजनान्तर्गत उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी संबंधित अस्पताल से शीघ्र प्राप्त करें।


संचालक

स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक 11/05/2018

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 274  
प्रतिलिपि:- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. संचालक, अनंत इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साईंस, मदन महल रेलवे स्टेशन रोड, राईट टाउन, जबलपुर।
8. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवाजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
9. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि राज्य बीमारी सहायता निधि योजना के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /05/2018

1. समस्त क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त आदित्य सुपर स्पेशलिटी एवं ट्रामा सेंटर, जबलपुर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-3/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 11.04.2018 द्वारा आदित्य सुपर स्पेशलिटी एवं ट्रामा सेंटर, जबलपुर को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के टोटल हिप, टोटल नी रिपलसमेंट, न्यूरो सर्जरी, स्पाईन सर्जरी, हेड इंजुरी से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 30.06.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः आदित्य सुपर स्पेशलिटी एवं ट्रामा सेंटर, जबलपुर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत टोटल हिप, टोटल नी रिपलसमेंट, न्यूरो सर्जरी, स्पाईन सर्जरी, हेड इंजुरी हेतु दिनांक 30.06.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

1. राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. अस्पताल में उपचार/प्राक्कलन/निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा के अन्तर्गत किया जाना होगा। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित अस्पताल से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। निर्धारित पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत अस्पताल को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि की जानकारी एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक योजनान्तर्गत उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी संबंधित अस्पताल से शीघ्र प्राप्त करें।


संचालक

स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

भोपाल,दिनांक 11/05/2018

पू.क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 272  
प्रतिलिपि:-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. संचालक, आदित्य सुपर स्पेशलिटी एवं ट्रामा सेंटर, Opp little Kingdom School, M.L.B School Road. Napier Town, जबलपुर।
8. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
9. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि राज्य बीमारी सहायता निधि योजना के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.