



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheerkunde, hartpatiënt  
Zaaknummer : 201701926  
Zittingsdatum : 4 juli 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en  
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering T Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Excellent is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, waaronder wortelkanaalbehandelingen, het plaatsen van een kroon en het aanbrengen van een bevestigingspunt op een kies met een daarop te plaatsen gedeeltelijke prothese (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 10 oktober 2016 en 29 december 2016 is aan verzoekster medegedeeld dat een deel van de kosten voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 7 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak voor het overige is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 6 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 27 februari 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 1 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 30 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018022782) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 mei 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juli 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 5 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 10 juli 2018 de commissie medegedeeld dat dit niet het geval is en dat het voorlopig advies als definitief mag worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft in 2010 een hartoperatie ondergaan. Het betrof een hartklepcorrectie. Bij een dergelijke ingreep is de standaard procedure het gebit te saneren en ontstekingsvrij te maken om infecties te voorkomen. Bij verzoekster zijn destijds vier kiezen getrokken en zijn meerdere wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd. Omdat de structuur van haar gebit door alle interventies was verzwakt, heeft verzoekster na de operatie een gedeeltelijke prothese gekregen. De kosten van de sanering van het gebit zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster is na de operatie onder behandeling gebleven bij een cardioloog. Zo wordt haar hartfunctie nog regelmatig gecontroleerd. De behandelend cardioloog heeft verzoekster geadviseerd eventuele wortelkanaalbehandelingen door een endodontoloog te laten uitvoeren om infecties te voorkomen. Bij brief van 9 februari 2017 heeft de behandelend cardioloog verklaard dat gezien de voorgeschiedenis van verzoekster goede mondzorg essentieel is.
- 4.3. Begin 2016 brak het bevestigingspunt af waarop de gedeeltelijke prothese was bevestigd. Het was toen nodig een nieuwe basis voor het bevestigingspunt van een gedeeltelijke prothese te construeren. Hiervoor moest een wortelkanaalbehandeling plaatsvinden. Tevens is tijdens de controle vastgesteld dat nog andere behandelingen nodig waren, waaronder het plaatsen van een kroon. Ook hiervoor was een wortelkanaalbehandeling noodzakelijk. Gelet op het

gecompliceerde wortelsysteem van verzoekster en gezien haar medische achtergrond zijn de wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd door een endodontoloog.

- 4.4. De kosten die met de hiervoor genoemde behandelingen samenhangen, zijn door de ziektekostenverzekeraar slechts voor deel vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar komen de behandelkosten niet in aanmerking voor vergoeding op grond van de zorgverzekering, omdat de behandeling zou behoren tot de reguliere tandheelkunde.

Dit laatste is echter in tegenspraak met het advies van de behandelend cardioloog. De tandheelkundige behandelingen die verzoekster heeft ondergaan, hebben een medische achtergrond. De kans op infecties moet vanwege de ondergane hartoperatie zo laag mogelijk worden gehouden, omdat deze kunnen leiden tot hartproblemen. Om die reden zijn specialistische - en daarom duurdere - behandelingen door een endodontoloog noodzakelijk. De ziektekostenverzekeraar houdt hiermee ten onrechte geen rekening.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich niet kan vinden in het advies van het Zorginstituut. Hierin wordt voorbij gegaan aan het feit dat zij een nieuwe hartklep heeft gekregen en daardoor een vreemd element in haar lichaam heeft. Hierdoor is zij niet te vergelijken met ieder ander. Ook zijn de gezondheidsrisico's, ten gevolge van een infectie, voor verzoekster groter dan voor iemand die geen hartaandoening heeft. Tevens is door de behandelend endodontoloog mondeling verklaard dat verzoekster bekend is met een complex wortelkanaalsysteem. Dit vergroot de kans op infecties en vereist een specialistische aanpak. Daarnaast dient verzoekster na iedere behandeling tevens een antibioticakuur te volgen. Gelet op het voorgaande kan niet worden gezegd dat geen causaal verband bestaat tussen de aandoening van verzoekster enerzijds en de vereiste zorg die nodig is om infecties te voorkomen anderzijds. Door verzoekster is verder aangevoerd dat uit de declaratieoverzicht die zij van de ziektekostenverzekeraar ontvangt niet is op te maken waarom sommige behandelingen wél worden vergoed, andere niet en weer andere behandelingen slechts voor een deel. Verzoekster meent dat het gepast zou zijn als de ziektekostenverzekeraar haar hierover beter en duidelijker zou informeren.

- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In het rapport 'Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden' van het Zorginstituut staat dat het ontstekingsvrij maken van het gebit is geïndiceerd in het kader van preventie van systematische complicaties van hartklepaandoeningen. Voor het ontstekingsvrij maken van het gebit heeft in de situatie van verzoekster in 2010 een focusonderzoek plaatsgevonden. Verzoekster had op grond van de zorgverzekering aanspraak op het onderzoek en de behandelingen die nodig waren om haar mond focusvrij (ontstekingsvrij) te maken en op het herstel van haar tandheelkundige functie tot het niveau dat deze vergelijkbaar is met die van iemand zonder de onderliggende aandoening. Het ging destijds om extracties, wortelkanaalbehandelingen, het plaatsen van kronen en tandvervangende hulp met een frameprothese. Na afronding van dit behandeltraject had verzoekster weer een tandheelkundige functie die gelijkwaardig was aan die zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Verder behandelingen blijven voor eigen rekening of komen (deels) voor vergoeding in aanmerking op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. Er bestaat enkel aanspraak op bijzondere tandheelkunde voor medisch gecompromitteerden als het gaat om noodzakelijke tandheelkundige hulp die niet nodig was geweest als een bepaalde medische aandoening zich niet had voorgedaan. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoekster de onderhavige behandelingen ook had moeten ondergaan, als zij niet bekend was geweest met een hartaandoening. Hoewel infecties een extra risico vormen in de situatie van verzoekster, moeten ook verzekerden die geen hartaandoening hebben ontstekingen laten behandelen. In deze situatie bestaat derhalve geen aanspraak op bijzondere tandheelkunde op grond van de zorgverzekering.

5.3. Overigens is het de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van extreem kromme wortels of van wortels die elkaar raken. Tevens is de ziektekostenverzekeraar niet bekend met wetenschappelijke literatuur waaruit volgt dat de ligging van wortels een infectierisico meebrengt, waarvoor wortelkanaalbehandelingen nodig zijn. Dit vormt dan ook geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde.

5.4. Verder is geen sprake van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat verzoekster zonder de onderhavige behandeling geen tandheelkundige functie kan houden of verkrijgen, gelijkwaardig aan die zij gehad zou hebben zonder deze aandoening. Derhalve is een verzekeringsindicatie, zoals omschreven in artikel 12 van de zorgverzekering niet aan de orde bij verzoekster.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de aanspraak op bijzondere tandheelkunde in samenhang met een hartaandoening specifieke voorwaarden gelden. Aan deze voorwaarden wordt echter niet voldaan. Na de operatieve ingreep met betrekking tot haar hartaandoening, is een situatie ontstaan waarin geen aanspraak meer bestaat op bijzondere tandheelkunde en de benodigde behandelingen moeten worden gezien als reguliere mondzorg. Hierop bestaat echter geen aanspraak op grond van de zorgverzekering. Ten aanzien van de declaratieoverzichten merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de overzichten die per post worden verstrekt uit privacyoverwegingen beknopt zijn. Voor verzoekster is het echter mogelijk in de digitale 'mijnomgeving' meer informatie te krijgen. Ook kan zij hiervoor telefonisch contact opnemen met de ziektekostenverzekeraar.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de tandheelkundige zorg, waaronder wortelkanaalbehandelingen, het plaatsen van een kroon en het aanbrengen van een bevestigingspunt op een kies met een daarop te plaatsen gedeeltelijke prothese, alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12 van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheeskundige behandeling:  
a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheeskundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;  
b als een medische behandeling zonder de tandheeskundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheeskundige zorg geen tandheeskundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;  
c als u een extreme angst heeft voor tandheeskundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheeskunde.*

*(...)*

*Voorwaarden voor het recht op tandheeskundige zorg in bijzondere gevallen*

*1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheeskunde.*

*2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheeskunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.*

*3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. (...)"*

- 8.4. Artikel 12 van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering is volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. Op pagina 67 van de verzekeringsvoorwaarden is de aanspraak op tandheelkundige zorg op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Bent u 18 jaar en ouder en heeft u een aanvullende verzekering Tandartskosten afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.*

*(...)*

*Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen verzekering Tandartskosten nog niet is bereikt.*

*(...)*

**T ROYAAL**

*- Wij vergoeden C-codes, M-codes, de codes T21 en T22, V-codes en H-codes voor 100%.*

*- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.*

*- De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Op grond van artikel 12, sub a, van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van het aan artikel 12 van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering ten grondslag liggende artikel 2.7 Bzv, zoals verwoord in de Nota van toelichting, kan hierbij met name worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Bij verzoekster is geen van de genoemde indicaties aan de orde en is evenmin sprake van een indicatie die hiermee in ernst vergelijkbaar is.
- 9.2. Wat betreft de andere, in artikel 12, onder b en c, van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering genoemde (verzekerings)indicaties, kan het volgende worden opgemerkt.  
Verzoekster heeft in het verleden behandelingen ondergaan in het kader van bijzondere tandheelkunde. De kosten hiervan zijn destijds ten laste van de zorgverzekering vergoed. Na afronding van de betreffende behandelingen verkeerde het gebit van verzoekster in een zodanige toestand dat de medische behandeling - een hartklepoperatie - verantwoord kon worden uitgevoerd. Zoals wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 30 mei 2018 is thans geen sprake meer van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 12, onder b, van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering. De onderhavige behandelingen moeten dan ook worden gerekend tot de reguliere tandheelkundige zorg. De indicatie, bedoeld in artikel 12, onder c, van voornoemd artikel is bij verzoekster niet aan de orde. Partijen zijn hierover niet verdeeld.
- 9.3. Hetgeen hiervoor is overwogen neemt niet weg dat de commissie er begrip voor heeft dat voor verzoekster, gelet op haar hartaandoening, optimale mondzorg essentieel is, dat zij hiervoor is aangewezen op meer specialistische zorg door een endodontoloog en dat dit extra kosten met zich brengt. Een en ander vormt echter geen grond voor afwijking van de hiervoor aangehaalde verzekeringsvoorwaarden.

## Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat recht op een vergoeding op basis van 100 percent voor C-codes, M-codes, de code T21 en T22, V-codes en H-codes en een vergoeding van 75% voor de overige codes. De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 september 2017 verklaard dat de door verzoekster gedeclareerde kosten conform deze voorwaarden zijn vergoed en dat aan haar een vergoeding is toegekend van € 1.000,-. Dit is door verzoekster niet betwist.

### Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 juli 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester